



دافغانستان اسلامی دولت

دلوړو زده کړو وزارت

ننګرهار پوهنتون

طب پوهنځی

د تنفسی سیستم اودزړه روماتیزمل ناروغی

Ketabton.com

مولف پوهاند دوکتور سیف الله هادی

۱۳۹۵

(c) ketabton.com: The Digital Library

لیکلړ

لومړی فصل

ACUTE TRACHIOBRONCHITIS 14

Tracheitis 14

کلینیکي لوحه 14

درملنه : 15

Acute bronchitis 15

اسباب: 15

پتالوژي 15

کلینیکي لوحه : 16

تشخیص: 16

مخنیوي : 16

درملنه : 16

انزار 16

CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE(COPD) 1

تعریف: 1

مزمن برانکایتس: 1

تعریف 1

پتا لوژي 2

مساعدونکی فکتورونه 2

اسباب: 2

کلینیکی لوحه: 3

لابراتواري معا ینات: 4

الف :سپایرومیتري 4

ب:دشریاني ویني د ګازاتو اندازه کول 4

(c) ketabton.com: The Digital Library

ج :د بلغمو معاینه : 5

د : ECGبدلونونه 5

ه :راد یولوژیک معاینات 5

اختلاطات: 6

تفريقي تشخيص 6

مخنيوي 6

درملنه: 6

انزار: 12

Emphysema 12

تعريف 12

پتالوژی 13

مساعدونکی فکتورونه 13

اسباب 13

کلینیکی لوحه : 13

لابراتواری معاینات: 14

تشخيص 14

اختلاطات 15

درملنه 15

BRONCHIAL ASTHMA 16

تعريف 16

اسباب 16

INCIDENCE 16

پتوفزيالوژي 17

دهوايي لارو تنګوالي تشديدونکی فکتورونه 17

کلنيکي لوحه 17

دسيني راديوګرافي : 20

تفريقي تشخيص: 20

تشخيص 21

(c) ketabton.com: The Digital Library

داستما اختلاطات 23
مخنيوي : 23
درملنه: 24
انزار : 30
STATUS ASTHMATICUS 30
COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA (CAP) 33
تعر يف 33
اپيديمولوژي او پيښيدل 33
د کپ اسباب 34
کلينيکي لوحه 34
تشخيص 35
لابراتواري پلټني : 35
درملنه : 36
streptococcuspneumonia(pneumococcal pneumonia) 37
تعريف 37
اپيديمولوژي او پيښيدل 37
پتا لوژي: 37
کلينيکی لوحه 38
لابراتواری معاينات : 39
اختلاطات 41
تشخيص : 41
تفريق تشخيص: 41
تدا وي 42
مخنيوي 45
Hospital Acquired Pneumonia (HAP) 48
اپيديمولوژی 48
تعريف 48
پتوجينيزس 49

(c) ketabton.com: The Digital Library

د HAP اسباب 50

کلنيکي لوحه 50

تشخيص 51

مخنيوي: 51

درملنه: 51

BRONCHIECTASIS 53

تعر يف: 53

اسبا ب: 53

Pathogenesis : 53

پتا لوژي: 54

کلنيکي لوحه: 54

CHEST X-RAY 54

تفريقي تشخيص 55

لابراتواری معاينات: 55

درملنه: 55

LUNG ABSCESS 57

تعر يف 57

اسباب 57

پتالوژی 57

کلنيکي لوحه : 57

لابراتواري معاينات: 58

پتوجينيزس 59

اختلاطات 59

تشخيص : 60

تفريقي تشخيص 60

تداوي 60

مخنيوی : 60

انزار: 61

(c) ketabton.com: The Digital Library

Atelectasis 62

کولپس (..... 62

اسباب : 62

پتالوژی : 62

پتوفزیالوژی : 62

و یشنه 62

کلینیکي لوحه: 63

دسیني راډیو ګرافي: 63

تشخیص 64

مخنیوی : 64

درملنه : 64

PLEURAL DISEASE 66

PLEURITIS 66

تعریف: 66

اسباب 66

کلینیکی لوحه 66

رادیوګرافی: 66

درملنه 66

Pleural Effusion 67

تعریف : 67

اسباب : 67

کلنیکي لوحه 68

لابراتواری معاینات: 70

راډ یولوژي 72

درملنه: 74

EMPYEMA 75

EMPYEMA. ..... **Error! Bookmark not defined.**

(c) ketabton.com: The Digital Library

اسباب : 76

تشخیص : 76

تداوي 76

Pneumothorax 77

تعریف 77

Primary spontaneous pneumothorax 77

Secondary spontaneous pneumothorax 77

TRAUMATIC PNEUMOTHORAX 77

TENSION PNEUMOTHORAX 79

BRONCHOGENIC CARCINOMA 81

هستوپتالوژیک ډولونه 81

اسبا ب: 81

لابراتواري تستونه: 83

دسيني راديوګرافي: 83

اختلاطات : 83

تشخیص 85

درملنه: 85

PULMONARY THROMBOEMBOLISM 89

مسا عد ونکي فکتورونه: 89

کلینیکي لوحه: 90

لابراتواری معاینات : 90

EKG -۱ 90

تشخیص 91

تفریقي تشخیص: 92

درملنه: 92

په ښکتني وریدي اجوافو کي فلتر کیښودل 92

Thromboendarterectomy 93

انزار 93

(c) ketabton.com: The Digital Library

IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS(IPF) 94

کلنیکی لوحه : 94

هستولوژی : 94

تشخیص : 94

لابراتواری معاینات 95

د رملنه 96

RESPIRATORY FAILURE 98

تعریف : 98

ویشنه 98

اپیدیمولوژی 98

اسباب: 99

کلینیکی لوحه 97

درملنه: 99

انزار 102

ACUTE LUNG INJURY (ALI) (ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME(ARDS) 103

تعریف : 103

اسباب: 103

پتوفزیالوژي: 103

کلینیکي لوحه: 104

تفریقي تشخیص: 104

تشخیص: 105

درملنه 105

انزار: 105

دسږو وظیفوي ناروغي 107

ASBESTOSIS: 107

SILICOSIS: 107

PNEUMOCONIOSIS 108

BERYLLIOSIS: 109

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواری معاینات 110

دسږو دوظیفوی ناروغیو تشخیص 110

درملنه : 110

دویم فصل

ACUTE RHEUMATIC FEVER 113

تعریف 113

اسباب : 113

پتو جنیزس: 113

وقوعات (INCIDENCE) 113

اپیډیمولوژي: 113

پتالوژي: 114

کلنیکي لوحه: 114

لابراتواري معاینات 116

سیر او انزار 117

تشخیص 117

تفریقي تشخیص 118

درملنه: 118

MITRAL STENOSIS(MS) 121

اسباب : 121

پتالوژي 121

کلینیکي لوحه 121

تشخیصه معاینات 123

۲- رادیوګرافي 123

۳- ایکو کاردیوګرافي 124

تفریقي تشخیص 124

اختلاطات 124

درملنه 124

(c) ketabton.com: The Digital Library

MITRAL REGURGITATION (MITRAL INSUFFICIENCY) ..... 126 .....

اسباب : ..... 126 .....

ابنارمل فزيالوژي : ..... 126 .....

كلنيكي لوحه : ..... 126 .....

تشخيصيه تستونه ..... 127 .....

تشخيص ..... 128 .....

تفريقي تشخيص ..... 128 .....

اختلاطات : ..... 128 .....

تداوي ..... 128 .....

MITRAL VALVE PROLAPS SYNDROME(*(MVP)* ..... 129 .....

تعريف : ..... 129 .....

اسباب: ..... 129 .....

كلينيكي لوحه : ..... 129 .....

اختلاطات : ..... 130 .....

تشخيصه معاينات ..... 130 .....

ECG – 1 ..... 130 .....

۲- ايكوكارديوګرافي ..... 130 .....

درملنه : ..... 131 .....

AORTIC REGURGITATION(AR) ..... 134 .....

اسباب ..... 134 .....

pathalogy: ..... 134 .....

ابنارمل فزيالوژي ..... 134 .....

كلينيكي لوحه ..... 135 .....

تشخيص معاينات : ..... 136 .....

تشخيص ..... 137 .....

تفريقي تشخيص ..... 137 .....

اختلاطات : ..... 137 .....

درملنه ..... 138 .....

(c) ketabton.com: The Digital Library

AORTIC STENOSIS(AS) 140

اسباب: 140

Pathophysiology : 140

كلينيكي لوحه : 141

پلټنې : 143

خ- انجيوګرافي 144

تشخيص : 144

اختلاطات : 144

درملنه : 144

TRICUSPID STENOSIS(TS) 148

اسباب : 148

پتوفزيالوژي: 148

كلينيكي لوحه : 148

درملنه : 148

TRICUSPID REGURGITATION(TR) 149

اسباب 149

كلينيكي لوحه : 149

تشخيصيه معاينات : 150

درملنه : 150

PULMONARY STENOSIS(PS) 150

اسباب : 150

كلينيكي لوحه 151

تشخيصيه معاينات: 151

PULMONARY REGURGITATION(PR) 151

اسباب 151

كلينيكي لوحه 152

تشخيصيه معاينات 152

درملنه 152

(c) ketabton.com: The Digital Library

MULTI VALVULAR HEAR DISEASE 153

Combined mitral stenosis and aortic regurgitation 154

Combined mitral stenosis and aortic stenosis 154

Combined aortic stenosis and mitral regurgitation 155

Combined mitral regurgitation and aortic regurgitation 155

Heart Valve Replacement 156

INFECTVE ENDOCARDITIS 158

تعريف 158

ويشنه 158

اسباب: 158

Pathogenesis And Pathalogy 159

كلينيكي لوحه : 160

تشخيص: 162

تشخيص : 163

Modified Dukes Criteria 166

تفريقي تشخيص : 166

اختلاطات: 167

وقايوي درملنه: 167

درملنه : 168

ريفيرينسونه 171

(c) ketabton.com: The Digital Library

لومړی فصل

تنفسی سیستم ناروغی

(c) ketabton.com: The Digital Library

ACUTE TRACHIOBRONCHITIS

Tracheitis

دترخيا التهاب ته وايي .که څه هم ترخيا دښکتني تنفسي لاري غړي دي خو د پورتني تنفسي لاري دحادو انتاناتو تر سرليک لاندي شميرل کيږي . معمول بکتريايي سبب يي Staphylococcus aureu دي .بکتريايي لاملونه يي دتنفسي لاري دانسداد لامل هم کيږي .وايروسي انتانات هم دترخيا يتس لامل کيږي .دانفلوانزا له کبله اختلاطات نادر وي . په ماشومانوکي زيات وي او دترخيا دقطردکوچني والي له امله دپړ سوپ له کبله ژر بنديږي .

کلينيکي لوحه :

1. *Increasing deep or barking croup cough*
2. *Crowing sound when inhaling (inspiratory stridor)*
3. *'scratchy' feeling in the throat*
4. *Chest pain*
5. *Fever*
6. *Ear ache*
7. *Headache*
8. *Dizziness (light headed)*
9. *Labored breathing*
10. *tracheomalacia.*(که دترخيا دمنظم نسج عصاب *degenerate* شي)
11. *tracheomegaly* (داتتان له کبله وي)

(c) ketabton.com: The Digital Library

درملنه :

۱- په شدید حالت کي وریدي انتي بیوتیک ورکول کیږي .

۲- په شدید حالت کي عاجله څارنې کوټه کي بستریږي

۳- که هوایي لاره بند وي عاجل انتوبیشن او *supportive ventilation* اجراکیږي او *invasive and non-invasive monitoring* تر سره کیږي (دزړه ګراف مانیتورینګ ، اکسیجن غلظت اندازه کول ، شریاني وینې فشار اندازه کول او کپ نوګرافي تر سره کیږي .)

Acute bronchitis

دیخ سینې په نوم هم یادیږي چي د برانکسونو(لوي اومتوسطو برانکسونو) حادالتهاب څخه عبارت دي چي مهم اعرض یې ټوخي دي ،نوراعراض یې عبارت دي له بلغم لرونکي ټوخي ،تبه، ساه لنډي او ویزینګي اودسینې ناراحتي څخه .ناروغي دکموورځو څخه ترلسو ورځوپوري دوام مومي . معمول ناروغي دي چي ۵٪لویان او ۶٪ماشومان اخته کوی ،په کال کي یو ځل پیښیږي ،په ژمي کي زیات وي یوکلن څخه کم عمره ماشومان باید په روغتون کي بستر شي.

اسباب:

۱- معمول اسبا ب یې وایرسونه دي (*respiratory syncytial virus, rhinovirus, influenza*)

۲- بکتریا ګانې غیر معمول اسباب دي لکه (*Mycoplasma pneumoniae, Bordetella pneumoniae, Chlamydophila pertussis, Streptococcus pneumoniae, and Haemophilus influenzae*

پتالوژي :

۱- دهوایي لارو دتخریش له کبله هوایي لاري التهابي کیږي او دسږو په انساجو کي تروفیل انفلتریشن کوي .

۲- دګابلیت حجراتو زیاتوالي له کبله هوایي لاري بندیږي .

۳- دتروفیل له کبله مخاط افرازات زیاتیږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلینیکي لوحه :

۱- بلغم لرونکي توخي .۲- سا ه لنډي .۳- ویزینګ .۴- تبه .۵- سینې درد ۶- ستومانتیا ۷- هضمي اعراض .۸- دتنفسي اوازونو شدت کم وي ۹- ویز او رانکي اوریدل کیږي .۱۰- شهیق اوږد وي .۱۱- دوامداره وچ یا لوند توخي

تشخیص:

۱- فیزیکي معاینه اوتاریخچه ۲-*chest X-ray* دنمونیا دردولو لپاره ۳- دبلغمو معاینه کي نتروفیل ګرانولوسیتونه وي . ۴- دبلغموکلچر معاینه د *Streptococcus species* لپاره ۵- دویني معاینه دویني سپین حجراتو لوړوالي او (*C-reactive protein* لوړوالي لپاره .

مخنیوي :

د *Haemophilus influenza* لپاره واکسین وشي .

درملنه :

۱- انتي بیوتیک په عمومي ډول دحاد برانکایتس درملني لپاره که بکتریا نه وي نه کارول کیږي . انتي بیوتیک کاروني سره توخي ژر ښه کیږي ،خو دهضمي سیستم اعراضو لامل کیږي او انتي بیوتیک مقاوم حالت رامینځته کوي .

۲- سګرټ څکل بند شي .

انزار : حاد برانکایتس دځو ورځو څخه تر څو اونیو بوري دوام مومي . دا کیداي شي وروسته دیخ وهلو یا زکام یا پخبله پیدا شي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE(COPD)

د سږو ځنډنی انسدادي ناروغي

تعريف:

i. د سږو دهوايي لارود مزمن ورو پرمخ تلونکي انسدادي ناروغي دي چي اکثرا ثابت پاتي کيږي او غير رجعي وي
ii. دسګروتو اخکلو تاريخچه دلسو کالو څخه زيات وي
iii. په سي او پي ډي کي مزمن برانکايتس . امفزيما او کله کله برانکيل استما هم په کي شامل وي.
iv. مزمن توخي ، بلغم اوسا ه لنډي په کي وي .
v. رانکي اوريد ل کيږي ،تنفسي اوازونه ښکته وي ،شهيق اوږد وي
vi. دسږو په وظيفوي تستونو کي دهوايي لارو تنګوالي وي
vii. ډ ير کموپيښو کي د برانکودايلاتور سره ځواب وايي
viii. د FEV1/VC نسبت کم شوي وي .

مزمن برانکايتس:

تعريف :

1. د مزمن برانکايتس تشخيص کلنيکي دي متصف دي په بلغم لرونکي توخي چي کم تر کمه د د ري مياشتو لپاره په هر ژمي کي د دوو کالو تا ريخچه ولري .په دی شرط چی دبلغم لرونکی توخی لپاره بل لامل موجود نه وی لکه برانکيکتازس اوناتداوی شوی مزمن استما .

(c) ketabton.com: The Digital Library

2. زياتره د سګرتو څکلو تاريخچه مو جود وي
3. ساه لنډي وي
4. ويزينګ اوريدل کيږي
5. زياتره امفيزيما او مزمن برانکايتس سره يو ځاي وي دمزمن برانکايتس ډولونه:
   i. Simple mucoid bronchitis
   ii. Mucopurulent bronchitis
   iii. Chronic obstructive bronchitis

پتا لوژي:

۱- د مخاطي حجراتو هايپر تروفي.۲-د ګابليټ حجراتو هايپر تروفي.۳-د سليا حرکت خرابيږي.۴- الاستيک ريکويل کميږي .۵- دغه پورته ټول د سږو هايپر تنشن ، ښي زړه هايپر تروفي او بلا خره د ښي زړه عد م کفاييه او کور پلمونل لپاره لاره هواروي .

مساعدونکی فکتورونه :

الف- انتانات (سترپتو کوک نمونيا ، ايچ انفلو انزا ،موروکزيلا کترااليس اووايروسونه) .

ب- دهوا ککړ تيا .

ت- دندي (د دندي په ځايي کي د دوړو شتون).

ث- په جنيتيتک ډ ول د انتي تريپسين کموالي .

اسباب:

الف- سګر ټ څکل :سګرت څکل دځنډنی برانکايتس لومړنی مهم لامل دی چی لاند ي اغيزي لري :۱- د سليا حرکي تشو شا ت وي .۲- مخاطي حجرات هايپر تروفي کوي .۳-دبرانکسونوالا ستيستي خرابيږي .۴- يوريز او الاستيز انزايمونه فعا ليږي .۵- الفا يو انتي تريپسين فعا ليت کميږي .۶- د نوي الاستيکي انساجو جوړيدل کميږي.۷- د واګس عصب فعاليت زياتيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلینیکی لوحه:

توخی : لومړی دبلغم لرونکی توخی حملی متکرر وی ،دژمی په موسم کی وی ،وروسته ثابت کیږی ،په سهارکی ،مخکی له دی چی بلغم خارج شی سینه نیول کیږی.

بلغم :لومړی بلغم لږ ،مخاطی او چسپناکه وی ،که بلغم خیرن شی دانتان ښودونکی دی .

ساه لنډی :ساه لنډی لومړی ددروند فیزیکی کار سره وی وروسته دلږ فعالیت سره زیاتیږی . ساه لنډی دانتان ،سګرټ اڅکلو او دهوا بدلون سره زیاتیږی .

Blue bloater:دمزمن برانکا يتس شد يد شكل دي چي لاندي اوصا ف لري .۱-سيا نوزس وي ۲-دانتا ن ننبي موجود وي .۳- ناروغ د پړ سوپ له کبله چاغ ښکاري .۴- په سړو کي ويزينک اوريد ل کيږي ۵- هايپو کسيميا وي(اکسيجن ۴۰-۶۰ملي متر سيما ب کي وي) ۶- هيموګلوبين ۱۵-۱۸ګرام في ديسي ليتر وي .۷- هايپر کپنيا وي(کاربن داي اکساید ۵۰-۶۰ملي متر سيماب کي وي) .۸- ناروغ ساه لنډي لري .۹- سړو کي کريپيتشن اوريدل کيږي ۱۰- د ريوي دسام په سا حه کي دزړه د ويم غږ لوړ وي .۱۱- د پښو پړ سوپ وي ۱۲- تنفسي او زړه عد م کفا ييه وي .۱۳- FEV_1 /VC, FEV_1 ښکته وي .

د اکزاسربيتيد سي او پي ډي اعراض اوعلايم:۱-دبلغم مقدار او خيرن والي زياتيږي ۲-نفس تنګي زياتيږي ۳-دسيني نيوونه زياتيږي

د اکزاسربيتيد سي او پي ډي تفريقي تشخيص دلاندي ناروغيو سره کيږي : ۱- نمونيا ۲-نموتوراکس ۳-د کين زړه عد م کفايي سره ۴- دسړو امبوليزم سره ۵- تنفسي عد م کفايي سره

دسي اوپي ډي د شد ت د رجي:

	Spirometric forecast	دناروغي شدت

(c) ketabton.com: The Digital Library

	FEV1=60-70%	dyspnoae±
	FEV1=40-50%	Dyspnoae+ Cough+ Sputum+ wheezing±
	FEV1=40%	Marked wheezing Ankle edema

لابراتواري معا ينات:

الف :سپايروميتري :

- د سږو د وظيفوي تستونواو د تداوي د رسپانس په اړوند پوره معلوما ت ورکوي .
- دسي او پي ډي په لومړي وخت کي يوازي د د سږو حجم ابنارمل اودکم شوي expiratory flow rate په اړه معلوما ت ورکوي .
- دناروغي په وروستي وخت کي په اول ثانيه کي forced expiratory valium (FEV1)1کم شوي وي ،د FEV1 او forced vital capacity (FVC)نسبت کم شوي وي (FEV1/FVC ratio)
- دناروغي په شد يد حالت کي په څرګند ډول FVCکم شوي وي

ب:دشرياني وينې د ګازاتو اندازه کول :

a. دناروغي په لومړي وخت کي دګازاتو بد لونونه نه وي
b. د شرياني وينې د ګازات په لاندي حالاتو کي اندازه شي
   i. هايپوکسيميا وي
   ii. هايپر کپنيا وي
   iii. FEV د ۴۰٪څخه کم شوي وي
   iv. په کلينيک کي د نبي زړه دعد م کفايي ننبي وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

c. هایپوکسیمیا په شد ید مزمن برانکا یتس کي وي
d. معا وضوي تنفسي اسیدوزس په مزمن تنفسي عد م کفاییه کي وي (په تیره د مزمن برانکایتس حاد اکزاسربیشن په وخت کي)
e. هیموګلوبین اکثراً لوړ وی(۱۸-۱۵ ګرام فی دیسی لیتر)

ج :د بلغمو معاینه :

– دبلغمو معاینه د سترپتو کوک نمونیا ، ایچ انفلو انزا اوموروکزیلا کترالیس په اړه معلومات ورکوي .
– دبلغمو کلچر مثبت والي د ناروغي د شد ید اکزاسربیشن سره نیمګړي ارتباط لري .په شدید اکزاسربیشن کي وایروسي انتانا ت وي

د : ECGبدلونونه : د زړه ګراف په واسطه لاندي معلومات څرګندیږي

1. sinus tachycardia
2. Cor pulmonal
3. Supraventricular arrhythmias(multifocal atrial tachycardia(MAT), atrial flutter , atrial fibrillation)
4. Ventricular irritability

ه :راد یولوژیک معاینات

1. د سیني ساده رادیو ګرافي : دا د ومره حساس معلومات نه ورکوي . په مزمن برانکایتس کي vascular marking) dirty lungs وی .
2. سي تي سکن : د سیني (high resolution CT scan (HRCT scan ډیر حساس او وصفي معاینه ده

ډاپلر ایکو کاردیوګرافي د سږو دهایپرتنشن په اړه معلومات ورکوي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

اختلاطات:

1. Acute bronchitis
2. Pneumonia
3. Pulmonary thromboembolism
4. Atrial arrhythmia
   a. Atrial fibrillation
   b. Atrial flutter
   c. Multifocal atrial tachycardia
5. Pulmonary HTN
6. Cor pulmonal
7. Chronic respiratory failure
8. Hemaptysis
9. Osteoporosis
10. د چپ بطين عد م كفايي تشد يد ل .

تفريقي تشخيص:

۱- برانکیل استما :دهوايي لاروتنګوالي رجعي وي ۲-برانکیکتازس : متکرر نمونیا ، وینه لرونکي بلغم ،دګوتوکلابینګ ۳- الفا یو انتي تریپسین فقدان : کورني تاریخچه وي ، د پانکراس ناروغي ،دځیګر سیروزس ۴-د زړه عد م کفاییه ۵-کیستیک فا یبروزس ۶- دهوايي لارومیکا نیکي انسداد ۷-د سږو تبرکلوز

مخنیوي:

۱-د سګرټو څکلو او توکسیک مواد و انشاق څخه مخنیوي .۲- د نمونیا او انفلو انزا لپاره واکسین وشي

درملنه:

(c) ketabton.com: The Digital Library

الف :د ستېبل ناروغانو درملنه:دروغتون څخه دباندي درملنه :

۱- دسګرټو پرېښودل .

۲- اکسیجن ورکول .که داسترحت په حالت کي هایپوکسیمیا وي اکسیجن توصیه شي .اکسیجن د ما سک(face mask)یا د پوزي(nasal prong)دلاري ورکول کیږي ، د پوزي دلاري ښه دي . اندازه یي په یود قیقه کي ۱-۳لیتره دي ترهغه وخته ورکړل شي تر څوچي د ویني داکسیجن اندازه د ۵۵ملي متر سیمابو څخه لوړ شي . اکسیجن هغه ناروغانو ته ورکړل شي چي هایپوکسیا د لاندي حالاتو سره یوځا یي وي ۱- دسږو هایپرتنشن ۲- مزمن کورپلمونل ۳- اریترو سا یتوزس ۴- دماغي حالت خربوالي ۵- تمرین توان نه درلودل ۶- دشپي له خوا ناارامي ۷- دسهار له خوا سردردي

۳- انشاقي برانکو دایلاتور :

الف- لنډ تاثیر لرونکي برانکو دایلاټورونه :

1. انتي کولینیرژیک (ipratropium bromide)
2. بیتا ۲ اګونست (albuterol, metaproterinol)
3. انتي کولینیر ژیک نظر بیتا ۲ اګونست ته ښه دي ځکه چي او ږد اغیزه لري او سمپا تیک عصب نه تنبه کوي . دواړه یي د metered dose inhalation (MDI) او یا مایع یي د نیبو لایزر دلاري انشاق کیږي .اپراتروپیوم بروماییډ (36-72mcg) هر ۶ساعته بعد توصیه کیږي

- لنډ تاثیر لرونکي بیتا ۲ اګونست د تریمور ،تکي کاردیا اوهایپو کلایمیا لامل کیږي (د سمپا تیک عصب دتنبه ښني) .

(c) ketabton.com: The Digital Library

- په مخلوط ډول لنډ تاثیر لرونکي بیتا ۲ اګونست او اپراتروپیوم دانشاق په ډول ورکول کیږي .

ب- اوږد تاثیر لرونکي انشاقي برانکو دایلاتور:

– بیتا ۲ اګونست لکه(salmeterol,formoterol indacaterol) او اوږد تاثیر لرونکي انتي کولینیر ژیک لکه tiotropium

۴- انشاقي کورتیکوسترویډ : انشا قي کورتیکوستریډ یوازي یا د بیتا ۲ اګونست او یا د انتي کولینیر ژیک سره یو ځا ي ورکول کیږي . که چیري ناروغ ته د خولي دلاري پیل شوي وي وروسته د ښه کیدو څخه بیرته په انشاقي کورتیکوسترویید باندي بدل لیږي .

۵- تیو فیلین :که چیري د بیتا ۲ اګونست ، انتي کولینیر ژیک او کورتیکوسترویډ سره ښه نه شي تیو فیلین توصیه کیږي .

۶- انتي بیوتیک : اتني بیو تیک په لاندي حالاتو کي توصیه کیږي

1. حاد اکزاسربیشن
2. حاد برانکایتس
3. دمزمن برانکایتس دمخنیوي لپاره

هغه انتي بیو تیکونه چي د خولي دلاري کارول کیږي عبارت دي له

1. doxicycline ۱۰۰ملي ګرامه هر ۱۲ ساعته بعد ،
2. trimethoprim sulphamethoxazol ۸۰۰/۱۶۰ملي ګرامه هر ۱۲ساعته بعد
3. cephalosporin (cephodoxime ۲۰۰ملي ګرامه هر ۱۲ساعته بعد ،
4. cefoprozil ۵۰۰ملي ګرامه هر ۱۲ ساعته بعد)
5. مکرولید (ازیتروما یسین لومړي ۵۰۰ملي ګرامه او بیا ۲۵۰ملي ګرامه د ورځي یو ځل د ۵ ورځو لپاره)
6. فلوروکینولون (سپرو فلوکزاسین ۵۰۰ملي ګرامه هر ۱۲ساعته بعد

(c) ketabton.com: The Digital Library

7. Amoxicillin –clavulanic acid ۱۲۵/۸۷۵ملي ګرامه هر ۱۲ ساعته بعد .

دتداوي دوام موده ۵-۷ ورځي دي

لاندي خطري فکتورونه د تداوي دپايلو د نيمګړ تيا لامل کيږي :

1. عمر د ۶۵کالو څخه زيات وي
2. FEV1< 50%
3. داکزا سربيشن څو حملي يي تيرکال تير کړي وي
4. د ري مياشتي مخکي انتي بيوتيک درملنه شوي وي
5. نوري ضميموي ناروغي لکه دزړه ناروغي ورسره وي

۷- د سړو احياي مجد د :

1. ايروبيک فيزيکي فعاليت اجرا کول ړه اوني کي د ري ځله د۲۰د قيقو لپاره قد م وهل يا بايسيکل چلول ، دنا روغ د فيزيکي حالت د خرابيدو څخه مخنيوي کوي او دکارکولو قدرت زيا توي
2. دشهيقي تنفسي عضلاتو په کار اچول په دي ډول چي د تنګ شوي تنفسي لاري په مقابل کي ژور شهيق اجرا کول ترڅو چي شهيقي تنفسي عضلات قوي شي
3. Pursed –lib breathing exercise دتنفس شمير کموي

Abdominal breathing exercise داضافي تنفسي عضلا تو ستړيا او نفس تنګي کموي

۸- نور اهتما مات :

1. مايعا ت توصيه شي ترڅو افرازات اوبلن شي په اساني سره خارج شي
2. سينه قرع شي ترڅو بلغم خارج شي
3. وضعيتي د رينا ژ اجراشي . دغه مانوري په خالص امفيزيما کي ګټه نه لري
4. مقعشع شربتونه مرسته کولاي نه شي

(c) ketabton.com: The Digital Library

5. دټوخي ارامونکي او خوب راوړونکي درملو کارولو څخه ډډه وشي .
6. که امفیزیما په ولادي ډول د الفا یو انتي تریپسین فقدان له کبله وي نو الفا یو انتي تریپسین توصیه کولاي شو البته د ا په ځواني عمر کي وي دا ۶۰ملي ګرامه نظر په وزن د بد ن اوني کي یوځل درګ دلاري ورکول کیږي

۹- په شدید نفس تنګي کي لاندي دواګاني ورکولاي شو خو دناروغ دخوبوړي سبب کیږي اوتشویش له مینځه وړي .

1. Opoids(مورفین ۵-۱۰ ملي ګرامه د خولي دلاري هر ۳-۴ ساعته بعد oxycodone، ۵-۱۰ملیګرامه هر ۳-۴ ساعته بعد د خولي دلاري ، د وامداره ازادیدونکي مورفین ۱۰ملیګرامه د خولي دلاري دورځي یوځل)
2. سیداتیف- ها یپنو تیک دواګاني (د یازیپم ۵ملیګرامه دورځي دري ځله)
3. په کور کي دپوزي دلاري اکسیجن ورکول دنفس تنګي دکموالي لامل کیږي

ب: په روغتون کي درملنه :په روغتون کي درملنه په لاندي ډول دي :

۱- اکسیجن : مشبوع اکسیجن ۹۰-۹۴٪ یا pao_2 د ۶۰-۷۰ملي متر سیما بو تر مینځ وي . اکسیجن د تنفسي اسیدوزس دپیدا کید و د ویري لپاره قطع نه شي هایپوکسیا نظر هایپر کپنیا ته ډیر خطر ناک دي .

۲- انشاقي اپراتروپیوم بروماید (500mcgد نیبولایزر او یا 36mcgد metered dose inhalar(MDI) د spacer دالي په واسطه هر ۴ ساعته بعد) او بیتا ۲ اګونست (البیو تیرول ۲.۵ملیګرامه د۳ملي لیتره سلین سره یو ځاي د نیبو لایزر دلاري او یا د MDIپه واسطه چي 90mcg في پف کي وي ۴-۸پفه هر ۱-۴ساعته بعد د spacer دالي په واسطه ورکول کیږي) سره یو ځایي تو صیه کیږي

۳- کورتیکوسترویډ : پرید نیزولون دورځي ۳۰-۴۰ ملیګرامه ۷-۱۰ وروځو لپاره توصیه کیږي

(c) ketabton.com: The Digital Library

۵- انتی بیوتیک: الف- هغه ناروغان چې دسودو موناس لپاره خطري فکتورونه نه لري انتي بیوتیکونه یې عبارت دي .

- Levofloxacin 750mg/D orally/ IV
- Moxifloxacin 400mg /D orally/IV
- Ceftriaxone 1gm/D IV
- Cefotaxim 1gm/8hrs IV

ب- هغه ناروغان چې سود وموناس لپاره خطري فکتورونه لري

1. Pipracillin-tazobactam 4.5gm/6hrs IV
2. Ceftazidim 1gm/8hrs IV
3. Cefepime 1gm/12hrs IV
4. Levofloxacin 750mg/D IV/orally

۶- تیوفیلین : په حاده مرحله کې نه ورکول کیږي .

۷- د کورپلمونل د رملنه :دسړو د شریانو فشارپه لاندې ډول ښکته شي . ۱- اکسیجن ورکړل شي .۲- اسیدوزس اصلاح شي .۳- دبستر استراحت توصیه شي .۴- مالګه محدود شي .۵- دایوریتیک ورکړل شي

۸- دزړه داریتمیا درملنه : ۱- ملتي فوکل ازیني تکي کاردیا دسي او پي ډي تداوي سره ښه کیږي ۲- ازیني فلتر د ډي سي شاک سره تداوي شي .

۹- تنفسي عدم کفاییه درملنه : ترخیل انتوبیشن او میکانیکي وینتلیشن سره تداوي شي

هغه سي او پي ډي چې دحاد هایپرکپنیک تنفسي عدم کفایي سره یوځایي وي noninvasive positive pressure ventilation (NIPPV).دمخ دماسک له لارې دانتوبیشن ضرورت کموي او عاجله کوټه کې دپا تي کیدو موده کموي (په سي او پي ډي کي نازوکومل نمونیا پیښي او دانتي بیو تیک استعما ل کموي

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱۰- د سي او پي ډي جراحي درملنه :۱- دسږو ترانس پلانتیشن ۲- دسږو حجم کمول ۳- بولیکتومي

۱۱- په ځینو ناروغانو کي فیزیو تراپي هم توصیه کیږي .

انزار:

1. د سي او پي ډي انزار خراب وي
2. که د FEV1<1liter د ژوند موده دیوکال څخه کم وي
3. دسي او پي ډي انزار د BODE indexپواسطه معلومیږي
   1. B: body mass index
   2. O:obstruction of airway
   3. D:dyspnoe
   4. E: exercise capacity

دبستر استطبابات:

۱- اعراض شدید وي او د روغتون څخه دباندي دتداوي وړ نه وي

۲- هایپوکسیا ،هایپر کپنیا ،محیطي ازیما ، دماغي خړپړ تیا موجود وي .

۳- په کور کي مراقبت خراب وي

۴- ناروغ خوب ونه شي کولاي

۵- هاید ریشن اوتغذیه ونه شي کولاي

۶- نور ضمیموي ناروغي موجود وي

Emphysema

تعریف :

(c) ketabton.com: The Digital Library

داسناخو تخریب او توسع ته وایي چي ساه لنډي په کي بارز وي ،تشخیص يي پتالوژیک دي .

پتالوژی :۱- په امفزیما کی دسږو دانساجو تخریب اوتوسع له کبله ضفیری هوای جریان محدودیږی اوهوا بندیږی .۲- دسږو الستیکی حلقی (recoil) خرابیږی چی ددی له کبله د total lung capacity (TLC) زیاتیږی (یعنی دسږو حجم زیاتیږی) او داسناخو دتخریب له کبله دګازاتو تبادله خرابیږی .

مساعدونکی فکتورونه :

۱- سګرټ څکل ۲- عمر (۴۰-۶۰کلنی کی وی) ۳-دویم لاس سګرټ څکل(پاسیف څکونکی)۴- وظیفوی ځا ی کی د هوا ککړتیا او دوړی .۵- دکور دننه او دباندی دهوا ککړتیا .

اسباب :

۱- سګرټ څکل په سږو کی دنتروفیل حجراتو(د elastaseځخه غنی دی) شمیر زیاتوی چی داسناخو د جداردتخریب لامل کیږی . ۲- alpha 1 anti trypsin deficiency ددی له کبله د elastase –antielastaes imbalance پیدا کیږی . ددی انزایم دکموالی له امله antielastaes کمیږی او elastase زیاتیږی په نتیجه کی داسناخوجدار تخریبیږی .

کلینیکی لوحه :

ساه لنډی دامفیزیما لومړنی اعرض دی چی وروورو زیاتیږی ،لومړی دتمرین سره وی وروسته داستراحت په وخت هم وی .توخی نه وی اویا وروسته په لږه اندازه وی .

pink puffer :د امفیز یما شدید ډول دي چي لاندي اوصاف لري

1. expiratory pursed-lip breathing په ټرلي شونډ و زفیر کول

(c) ketabton.com: The Digital Library

2. دښه ساه اخیستلو لپاره نا روغ کیښینې قدام خواته ټوخ شوي وي او په دواړو لاسو نو تکیه کوي
3. شدید ساه لنډي وي
4. بلغم لږ او یا نه وي
5. داستراحت په حالت کي لږ ها ییپو کسیمیا وي
6. سږي خاموشه وي اضافي اوازونه نه اوریدل کیږي
7. وزن کم وي
8. دپښو پړسوپ نه وي
9. مخلوط ډول بلو بلا تر او پنګ پفر سره یو ځاي وي
10. RV, FRC, TLC نارمل یا لږ زیا ت وي

د امفیزیما ډ ولونه:

1. Centriacinar - Centrilobular
2. Panacinar - Panlobular
3. Periacinar - Paraseptal or distal Acinar

لابراتواری معاینات:

۱- هیموګلوبین نارمل وی ۲- اکسیجن او کاربن دای اکساید نارمل یا لږ کم شوی وی . ۳- دسږو اکسری (سږی hyperluscence او hyperinflationوي او بولا ښای موجود، vascular marking کم شوی وی او TLC (total lungs capacity) زیات وی .زړه کوچنی ښکاری . که چیري د residual valium (RV) او total lung capacity(TLC)نسبت زیات وي (RV/ TLC ratio) دهوا په بند ید و (امفیزیما) باندي دلالت کوي

تشخیص :

تشخیص دتاریخچی ،فیزیکی معاینی او لابراتواری معایناتو په واسطه کیږی .

(c) ketabton.com: The Digital Library

اختلاطات :

۱- Collapsed lung (pneumothorax)

۲- cor pulmonale

۳- Large holes in the lungs (giant bullae) ددی ږپچر له کبله نموتوراکس مینځته راځی .

درملنه :

دځنډنی برانکایتس ددرملنی لاندی تشریح شوی .

(c) ketabton.com: The Digital Library

BRONCHIAL ASTHMA

تعريف

1. دهوايي لارو يوځنډني التهابي ناروغي دي چي دالارژيک اغيزوله کبله مينځ ته راځي ،په دي کي ترخيا اوقصباتو فرط حساسيت وي چي د برانکو سپزم لامل کيږي کلنيک يي عبارت دي له ،ساه لندي، ټوخي، ويزينګ ، رالونه(رانکي)اود سيني نيونه .
2. که حمله دومداره وي د(*status asthmatics*) په نوم يادیږي
3. اعراض حملوي (پريود يک) او يا ځند ني وي
4. دهوايي لارو انسداد پخپله او يا د برانکو ديلاتورونوسره بنه کيږي .
5. اعراض دشپي او يا سهار وختي وي .

اسباب :

1. ***exogenous (atopic)***: خارج المنشا ،مقدم پيليږي ، ماشومانو کي وي ، فرط حساسيت يي د د ***IGE*** په مينځګړتوب وي ، کورني تاريخچه مثبت وي داکزيما ،الرژيک رينيتس او اسپرين فرط حساسيت تاريخچه مثبت وي
2. ***endogenous (non-atopic)*** ، موخر پيليږي اوغټانو کي وي

INCIDENCE

استما يومعمول ناروغي دي چي دټول وګړو نژدي ۸-۱۰٪تشکيلوي .استما زياتره په نارينه هلکانو کي (د۱۴کلني څخه کم عمر کي)او ځوانوانجينو کي و ي. په دي وروستيو ۲۰کلنو کي په امريکا کي داستما پيښي ،په روغتون کي بستريدل او مړينه په امريکا کي ډيري شوي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

پتوفزيالوژي :

1. دهوايي لارواملسا عضلاتو سپزم
2. دهوايي لارو مخاطي ازيما
3. دمخاط دافرازو زياتوالي
4. په هوايي لارو کي دالتهابي حجراتو ازونوفيل انفلتريشن
5. دهوايي لارو داپيتيليوم زخمي کيدل

دهوايي لارو تنګوالي تشديدونکی فکتورونه :

1. الرژيک مواد عبا رت دي له: د کور د دوشکو ،قالينې او فرنيچر دوړي ،کورني حيوانا ت اوحشرات،دسګرټو لوګي،نور پاکونکي توکي(پوډر تيزاب،کلورين
2. ددرملو له کبله تنبه :اسپرين، بيتا بلاکر ،اسپرين هايپر سنسيتيف سندروم(اسپرين الرژي ،دپوزي پوليپ،الرژيک رينيتس) ،دواړه اسپرين او بيتا بلاکر دبرانکوسپزم لامل کيږي . سلفيت لرونکي مواد لکه پوتاشيم سلفات سوديم سلفات.
3. محيطي فکتورونه او دهوا ککړتيا د برانکوسپزم لامل کيږي
4. وظيفوي فکتورونه لکه په ځيني فابريکوکي کارکول (دوړو ،سيمينتو)
5. انتانات :وايروسي انتانات
6. مشق اوتمرين :دتمرين په وخت کي په قصباتو کي دتودوخي د د رجي بدلون دبرانکوسپزم لامل کيږي
7. روحي فشارونه ښايي د واګس عصب تنبه کړي .

کلنيکي لوحه:

1. داستما وصفي اعراض اوعلايم عبارت دي له:
2. ***Dyspnoea***
3. ***Cough***
4. ***Wheezing***

(c) ketabton.com: The Digital Library

5. ***Chest Tightness***
6. ***Sibilant Rales***
7. داستما سه پا يه ***(Dyspnoae,Cough,Wheezing)***

دشدت له نظره داستما ويشنه

	Intermittent	Persistent		
		mild	moderate	sever
اعراض	په اوني کي دوه ورځي او يا کم وي	په اوني کي دوه ورځو څخه زيات وي	هر ورځ	ټوله ورځ وي
دشپي له خوا ويښيدل	په مياشت کي دوه يا کم وي	۳-۴ په مياشت کي	په اوني کي د يو ځل څخه زيات	هره شپه وي
داعراضو دکنترول لپاره د لنډ تاثير لرونکي بيتا۲ اګونست استعما لول	په اوني کي دوه يا کمي ورځي	په اوني کي دوه ورځو څخه زيات	هره ورځ	دورځي څو ځله
نارمل فعاليت سره مداخله	محدود يت نشته	خفيفا محدود وی	متوسط محدود وی	شديد محدود وی
دسږ و د ندي	FEV1>80%	FEV1>80%	FEV1<60%	FEV1<60%
د تداوي توصيه	اول مرحله	دويم مرحله	دريم مرحله	۴-۵ مرحله

داستما د کنترول ارزيابي

اوصا ف	بنه کنترول شوي	قسمي کنترول شوي	خراب کنترول	
اعراض	په هفته دوه يا کم ورځي وي	په هفته کي ۲ ورځو څخه زيات وي	ټوله ورځ وي	
فيزيکي فعاليت محد ود يت	محد ود نه وي	لږ محدود وي	زيات محدود وي	
دشپي له خوا اعراض او ويښيد ل	مياشت کي ۲ځله څخه کم وي	هفته کي ۱-۲ ځله وي	په هفته کي ۴ځله يا زيات وي	
د نجات ورکونکي د رملني ضرورت (سا با	په هفته کي ۲ځله څخه لږ ضرورت وي	په هفته کي ۲ ځله څخه زيات ضرورت وي	د ورځي څو ځله ضرورت وي	
PEV1	>80%	60-80%	60%>	

(c) ketabton.com: The Digital Library

دتداوي توصيه	• روان رژيم تعقيب شي • ۱-۶مياشت كي كنترول تعقيب شي • كه كنترول شي يو ستيپ بنكته شي	• يو ستيپ پورته شي • ۲-۶ هفتو كي ارزيابي شي	• لندي مودي كورتيكوستروييد وركړل شي • ۱-۲ ستيپ پورته شي • ۲ هفتو كي ارزيابي شي • كه جانبي عوارض و بل دوا شروع شي	

دشديد اكزاسربيتيد استما ويشنه او ارزيابی

الف :اعراض	خفيف	متوسط	شديد	تنفسي عدم كفائيه او ژوند تهد يد ونكي حالت (**STATUS ASTHMATICUS**
۱- سا لندي	كار سره وي	خبرو سره وي	داستراحت سره	استراحت سره
۲- خبري	اوږده جملي سره	لند جملي سره	كليمي سره	خاموش
۳- دماغي حالت	غالبا ن مخرش وي	اكثرن مخرش	اكثرن مخرش	drowsy
ب:علايم				
۱- د بد ن وضعيت	ملاستي كولاي شي	كښني	ملاسته نه شي كولاي	ملاسته نه شي كولاي
۲- تنفسي عضلاتو فعاليت	نه وي	وي	وي	Paradoxical respiration
۳-Respiratory rate	↑	↑	> 30/mint	>30/mint
۴-Resp. sound	Mid /end expiratory wheezing	Wheezing with all exp	High ins/exp wheezing	Without wheezing
۵-H.R/mint	<100/mint	100-120/mint	>120/mint	
6-PULSE Paradoxical	<10/mnt	10-25/mint	>25	Relative bradycardia No usually

(c) ketabton.com: The Digital Library

H.R/mint		mid	↑	↓
ج:دسړو وظیفوی تستونه				
PEF%	>80%	50-80%	<50%	<50%
PaO2(mmHg)	normal	>60	<60	<60
PaCO2	42>	42>	>42	>42

دسيني راديوګرافي :

a. سړي ښا ئي نارمل وي

b. سړي ***hyperlucency*** (توروالي زياتوالي) وي

c. د يافراګم ښکته او حرکت يي محد ود وي

d. بين الضلعي فاصلي زيا ت وي

e. استما ناروغانو ته په لاندي حالت کي دسيني اکسري توصيه کيږي

i. تداوي په مقابل کي رسپانس ښه نه وي

ii. دلاندي ناروغيو په رد ولو کي ۱-نموتو راکس ۲-نمونيا ۳-نوميډ يا ستينوم

۷- دپوستکي دحساسيت تستونه دحسا س الرژن معلومولو لپاره اودپارا نزل ساينسونواو ګاسترو ازوفاژيل ريفلوکس لپاره معاينات وشي(دمقاوم استما په حالت کي)

تفريقي تشخيص:

الف : دپورتنی هوايی لارو ناروغی :

۱- vocal fold paralysis

۲-vocal fold dysfunction syndrome

۳ - foreign body aspiration

(c) ketabton.com: The Digital Library

۴- laryngotracheal mass

۵ – tracheal narrowing

۶ - airway edema

۷ – tracheomalacia

ب – دښکتنی هوايي لارو ناروغی :

۱ – *COPD*

۲ – *bronchiectasis*

۳ – *allergic bronchopulmonary mycosis*

۴ – *cystic fibrosis*

۵ – *eosinophilic pneumonia*

۶ – *bronchiolitis obleterans*

۷ - *Cardiac Asthma*

۸ - *Uremic Asthma*

ج: *systemic vasculitidis with pulmonary involvement*

۱ – *churg-straus syndrome*

د: *psychiatric asthma*

۱ - *Hysteric Asthma*

تشخيص:

۱ - :د ويني معاينات :

1. په خفيف اکزا سربيتيد استما کي د ويني ګا زات نارمل وي لاکن تنفسي الکالوزوسس وي او د اسناخو او شرياني اکسيجن تفا وت زيات وي (***Alveolar Arterial Oxygen Difference A- A - D 02)***
2. په شديد اکزاسربيتيد حالت کي هايپوکسيا وي او شرياني کاربن داي اکساید نارمل ته راګرځي
3. په تنفسي عدم کفايه کي شرياني کاربن داي اکساید لوړيږي او تنفسي اسيدوزس وي چي ميکانيکي وينتيليشن ته اړتيا پيدا کيږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. ***Eosinophilia***
5. متوسط اندازه ***leukocytosis***
6. سيروم ***Ig E*** لوړ وي

۲: دسږو وظيفو ي تستونه: سپا يرو متريک معاينات په لاندي ډول دي

1- Forced expiroratory volume in 1 second(FEV1)
2- Forced vital capacity (FVC)
3- FEV1/FVC ratio

4-سږو وظيفوي تستونه مخکي او وروسته دبرانکو دايلاتور د تداوي څخه اندازه کيږي . د دوي داندازي څخه دهوايي لارو دانسداد شدت معلوميږي .

5-هغه وخت پوهيږو چي هواي لارو انسداد رجعي دي او دبرا نکو دايلاتور په واسطه ښه والي پيدا شوي چي ***FEV1≥ 12%*** او ۲۰۰ملي ليتره وي او يا ***FVC ≥ 15%*** او ۲۰۰ملي ليتره وي

6-په شديد حالت کي هوا په سږو کي بنديږي ***Residual volume***زياتيږي او په نتيجه کي ***FVC***کميږي

۳- : ***Bronchial provocation test***

1. دا هغه وخت تر سره کيږي چي استما مشکوک وي او د سپايرو متريک معا يناتو په واسطه تشخيص نه شي ، د دي تست تر سره کولو لپاره انشاقي هستامين يا ميتا کولين کارول کيږي ، که ***FEV1***د ۶۵٪څخه کم وي نه توصيه کيږي ، ميتا کولين تست هغه وخت مثبت وي چي که ناروغ ته ***8mg/ml*** او يا کم ميتا کولين توصيه شي ***FEV1≥20%*** څخه ښکته شي
2. که تست منفي وي ۹۵٪ ***negative predictive valume*** داستما لپاره ښي .

۴- : دبلغمو معاينه

1. التهابي حجرات وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

2. ***Curschmann's spirals (*** دقصباتو چسپنا ک مخا ط ***(***

3. ***Charcot-Leyden crystals (crystallized enzymes of eosinophils and mast cells).***

۵- دزړه برقی ګراف :

1. دښي زړه هايپر تروفي
2. ***Right axis deviation,***
3. ***Rs type complex in V1 lead,***
4. ***low amplitude R in V5-V6 leads***

داستما اختلاطات:

1. ***Pneumothorax***
2. ***Exhaustion***
3. ***pneumonia***
4. ***acute or subacute cor pulmonale***
5. ***asthmatic status.***
6. ***Dehydration***
7. ***tusive syncope***
8. ***chronic respiratory failure***
9. ***chronic cor pulmonale***

مخنيوي :

1. دالرژيک موادو لري کول
2. دانتان تداوي
3. دسګرټو پرېښودل
4. دنمونيا او انفلوانزا لپاره واکسين شی
5. بيتا بلاکر او *ACE inhibitors*استعمال څخه ډه ډه وشي
6. دالرژيک موادو په مقابل کي الرژي کموالي (لږلږ الرژيک مواد دپوستکي لاندي زرقول ترڅو حساسيت له مينځه لاړ شي)
7. دحساسيت لپاره کورتيزون او اد رينالين تيار په لاس کي وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

دتداوي مرحلي:

۱ - **مرحله** :انشاقي لنډ تاثير لرونكي بيتا ۲ اګونست *short acting beta agonist(SABA)*

۲ **مرحله** :كه اعراض د *SABA* سره ښه نه شي كم د وز انشاقي كورتيكوستروييد د ورځي*200-800mcg* ورسره يوځايي كيږي . متبادل د وا يي *cromolyn,LTRA,nedocromil, theophylin* دي.

۳ - **مرحله** :ښه دوا يي :كم د وز انشاقي كورتيكوستروييد +اوږد تاثير لرونكي بيتا ۲ اګونست (*LABA*)يا *metered dose ICS(MDI inhaled corticosteroid)* متباد ل دوا يي كم د وز *ICS+LTRA* يا *theophylin+ziluton*

۴ - **مرحله** :ښه د وا يي :متوسط د وز انشاقي كورتيكوستروييد +اوږد تاثير لرونكي بيتا ۲ اګونست او متبادل دوا يي كم دوز انشاقي كورتيكوستروييد + *LTRA(leukotrien receptor antagonist) or theophylin* دي .

۵- مرحله:ښه دوا يي لوړ دوزانشاقي كورتيكوستروييد(*LTRA+ICS* او كه ناروغ الرژي ولري *omalizumab* هم په نظر كي وي .

۶ - **مرحله**:ښه دوا يي لوړ د وزانشاقي كورتيكوستروييد(*LTRA+oral +ICS corticosteroid* او كه ناروغ الرژي ولري *omalizumab* هم په نظر كي وي

درملنه:

دتداوي اهدا ف:

1. د مزمن اعراضو كمول ترڅو ناروغ تمرين وشي كولاي
2. د متكرر اكزسربيشن څخه مخنيوي
3. دشفاخاني دبستريدو څخه مخنيوي

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. دسړو وظيفوي تستونه نارمل يانژدي نارمل کي ساتل
5. *National asthma education and prevention program 3(NAEPP 3)* داسي وړانديز کوي چي د دوامداري استما تداوي لپاره اساسي درمل انشاقي کورتيکوسترويید دي .

داستما د درملني لپاره درمل:

داستما د د رملني پلان په د وو کتګوريو باندي ويشل شوي دي .

۱- ***RELIEVER DRUGS***:*QUICK RELIEVER DRUGS*:

دا دواګاني په چټکي سره داستما حمله اراموي .

۲ - ***CONTROLER***:*LONG TERM CONTROL*

دادواګاني د اوږدي مودي لپاره ورکول کيږي ترڅو حمله دوامداره توګه کنترول کي وساتي

الف : داوږدي مودي کنترول درملنه

1- Anti inflammatory drugs

Corticostroids: لاندي ګټې لري

1. حاد اومزمن التها ب کموي
2. اعراض کموي
3. هوايي لاري ښه کوي
4. هوايي لاروحساسيت کموي
5. اکزاسربيشن کموي
6. دبيتا ۲اګونست قوت زياتوي

دکورتيکوسترويید مستحظرات په دوو ډولو پيدا کيږي

۱- انشاقي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

په ټول persistent asthmaکي لومړني درمل دي ،جانبي عوارض يي عبارت دي له ټوخي ،اواز خرابولي ،دخولي اوفرنکس کند ي د يازس ،

۲- سیستیمیک :

1. دخولي دلاري :دخولي دکندیدازس لامل کیږي
2. درګ دلاري :سیستیمیک عوارض يي عبارت دي له :ادرینا ل دغدي عدم کفاییه ،اوستیوپوریزس ،دپوستکي نري کیدل ،ژرژر وینه بهید ل اوکترکت ،د دي د رمل داستعمال په وخت همزمان کلسیم ،ویتا مین ډي ورکول کیږي همدارنګه باي فاسفونات هم استعمالیږي

د کورتیکوستروید مستحظرات

1. میتایل پرید نیزولون :تابلیتونه يي ۲،۴،۶،۸،۱۶،۳۲ملیګرامه دي .۵.۷-۶۰ملیګرامه دورځي یوځل یا یو ورځ بعد توصیه کیږي ترڅو کنترول شي .لنډ کورس (burst) coursيي د شد يدي حملي کنترول لپاره ورکول کیږي . یو ورځ بعد يي د اد رینال غدي عد م کفايي لامل نه کیږي
2. پرید نیزولون : ۵ملیګرامه تابلیتونه ، امپولونه يي 5mg/5ml,15mg/5ml دي د لنډ کورس لپاره ۴۰-۶۰ملیګرامه یو ځل یا ۲ کسري د وزونو باندي د ۳-۱۰ورځو لپاره توصیه کیږي .
3. پرید نیزون :۱، ۲.۵ ۵، ۱۰، ۲۰، ۵۰ملیګرامه تابلیتونه دي او امپول يي 5mg/ml دي.
4. مخلوط يي : DPI(dry powder inhalation): fluticasone/salmetrol 100mcg/50mcg,250mcg/50mcg,
5. 500mcg /50mcg یو انشاق دورځي ۲ځله داستما شد ت پوري اړه لري.

2-اوږد تا ثیر لرونکي برانکودایلاتور:

۱- mediators inhilar(cromolyn sodium,nedocromil) په لاندي حالاتو کي استعمالیږي:

(c) ketabton.com: The Digital Library

1. خفيف دوامداره استما
2. دتمرين په واسطه پيدا شوي اعراض
3. رسپانس نظر کرتيکوسترووييد ته کم وي
4. د کرومولين انشاقي يي په يو پف کي ۸.۰ مليګرامه دي . دوه پفه د ورځي ۴ ځله استعماليږي کي . نيبولايزر يي ۲۰مليګرامه په يو امپول کي دي . يو امپول دورځي ۴ ځله استعماليږي .
5. نيد و کروميل انشاقي يي ۷۵.۱ مليګرامه په يو پف کي دي ۲پفه دورځي ۴ ځله .

۲- ***beta 2 agonist***:د تمرين په وخت او دشپي له خوا اعراض وي اغيزمن دی .

اوږد تاثير لرونکي بيتا ۲ اګونست : يوازي نه استعماليږي دبيد سونيد سره يوځايي ورکول کيږي. سلميترول په يو بلستر کي ۵۰مايکروګرامه دي د ورځي ۲بلستره استعماليږي

۳- *anticholinergics* دواګاني :اوږد تاثير لرونکي درمل يي *tiotropium*نوميږي .۱۸مايکوګرامه په يو بلستر کي دي دورځي يو بلستر دي .

۴- *phasphodiesterase inhibitors(methylxanthine)*: په دي ګروپ کي تيوفيلين شامل دي .هغه وخت توصيه ګيږي چي د کورتيکوسترووييد سره ځواب ښه نه وي ،دشپي له خوب ښه کوي ،په شديد دوامداره استما کي استعماليږي ،خفيف برانکودايلاتور ،انتي انفلاماتور او اميون موډيلاتور خواص لري ،ددي داستعمال په وخت کي وخت په وخت دسيروم اندازه يي تعين شي ځکه چي د جانبي عوارضو لامل کيږي لکه د د سپيپسيا ،ګاستروازوفاژيل ريفلوکس ،پروستاتيزم اعراض سرد رد ،اريتميا هايپرګلايسيميا ،هايپو کاليميا او زړه بد والي لامل کيږي

Leukotriene modifeirs -3: لوکيوترين د برانکسونو د سپزم لامل کيږي چي د وه ډوله انتا ګونست لري .

Leukotriene receptors antagonist- 1

(c) ketabton.com: The Digital Library

1. ***Montelukast 4mg/5mg/10mg***ژوويدونکي ګولي دي چې دشپې له خوا ژول کيږي دغيګر د دندو خرابوالي لامل کيږي
2. ***Zafirlukast 10mg/20mg***تابليتونه يي دي چې ۴۰ملي ګرامه يوځل يا ۲۰ملي ګرامه دوه ځله خوړل کيږي

2- 5- lipogenase inhibitor

zileutone-۶۰۰ملي ګرامه تابليتونه دي چې د ورځي ۴ ځله خوړل کيږي . دغيګر د دندو خرابوالي لامل کيږي ***ALT***لوړيږي

*Desensitization-4*الرژيک حساس ناروغان اميونوتراپي شي.

*Immunmodelators -5*ددي مستحظر *omalizumab* دي دا کورتيکوسترويید د رملني ته ضرورت کموي

Vaccination-6 دا ناروغان د نمونيا لپاره او کال په کال دانفلوانزا لپاره واکسين شي *7*

*oral sustained –released beta 2 agonist-*متفرقه دواګاني : که اعراض د شپې له خوا شد يد وي د خولي دلاري دوامداره ازادیدونکي بيتا ۲ اګونست ورکول کيږي

ب: چټک اړامونکي درمل:مهم چټک اړامونکي درمل:

۱- لنډ تاثيرلرونکي برانکودايلاتور :

۱- بيتا اد رينيرجيک انتا ګونست: دبيتا ۲ادرينير جيګ اګونست دواګاني په لاندي ډول دي .

1. **انشاقي**: ***short acting beta 2 agonist(MDI) metered dose inhaler***
   i. *Albuterol CFC 90mcg/puff,200puff/canister*
   ii. *Albuterol HFA 90mcg/puff,200puff/canister*
   iii. *Pirbuterol CFC 200mcg/puff,400puff/canister*
   iv. *Levalbuterol HFA 45mcg/puff,200puff/canister*
2. نيبولايزر محلولونه:
   1. *Albuterol 0.mg/3ml ,1.25mg/3ml ,2.5mg/3ml ,5mg/3ml*
   2. *Levalbuterol 0.31mg/3ml ,0.63mg/3ml ,1.25mg/3ml*

(c) ketabton.com: The Digital Library

نيبولايزر کيداي شي چي د *budesonide or cromolyn or ipratropium* سره مخلوط وي

۲- : انتي کولينيرژيک دواګاني په لاندي ډول دي .

1. ***MDI (metered dose inhaler)*** انشاقي :
   i. *Ipratropium bromide HFA 17mcg/puff ,200puff/canister 3puff/6hours*
2. نيبولايزر ***0.25mg/ml /6hrs***
3. مخلوط انشاقي :
   a. *(ipratropium bromide 18mcg/puff + albuterol 90mcg/puff 200puff/canister*
4. مخلوط نيبولايزر :
   a. *Ipratropium brpmide 0.5mg/3m + albuterol 2.5mg/3ml*

۳- سيستيميک کورتيکوسترويد :

1. *Methyl prednisolone 2,4,6,8,16,32mg tablets(40-60mg/D or /12hours*
2. *Prednisolone (5mg tablets) or 5mg/ml,15mg/5ml*
3. *Prednisone(1,2,5,10,50mg tablets or 5m/ml*

۴- انتي بيوتيک :وايرسونه او بکترياګاني داکزاسربيتيد لامل کيږي .

۵- ***phasphodiesteres inhibitors*** : *methylxanthine* په اکزاسربيتيد حالت کي نه ورکول کيږي .

متکرر ارزيابي: ناروغ هغه وخت دروغتون څخه رخصت شي چي اعراض کم يا ورک شي او *FEV1* ۶۰٪ او يا زيات شي. يوشمير کم ناروغان دتداوي سره نه ښه کيږي ، داناروغان دتنفسي عدم کفائي لپاره ولټول شي او ميکانيکي انتبيوشن شي

انتي بيوتيک په لاندي حالاتو کي ورکول کيږي:

1. توخي اوساه لنډي زيا ت شي
2. بلغم زيات او خيرن شي
3. دسيني په اکسري کي انفلتريشن پيدا شي

(c) ketabton.com: The Digital Library

دناروغي كنترول ارزيابي:دتداوي په جريان كي ناروغ ارزيابي كيږي كه چيري ناروغ ښه شوي نه وي دتداوي يومرحله پورته كيږي او په ناروغ كي د محيط سره تماس كنترول ،نورضميموي ناروغي لټول كيږي. كه چيري ناروغي كنترول شوي وي تداوي يو مرحله ښكته كيږي كم تركمه تر د ري مياشتو پوري تعقيبيږي.

انزار :

كه داستما سره نور ضميموي ناروغي يوځاي وي دناروغي انزار خراب وي ،كه ناروغي ځانته وي اوژر درملنه پيل شي دناروغي انزار ښه وي .حملوي استما په تيره ماشومانوكي انزار ښه وي په داسي حال كي دځنډني استما انزار خراب وي . داتوپيک استما پيښي په اوږي كي زيات وي او دځنډني استما پيښي په ژمي كي زيات وي .

STATUS ASTHMATICUS

تعريف : دبرانكوسپزم شديد او دومداری حالت څخه عبارت دی چی حمله دناروغ په واسطه ددوا استعمال له امله كنترول نه شی .

كلنيكی لوحه :

كلنيكی لوحه :يی په جدول كی د شديد استما(۲۴) مخ كی ترستون لاندی ليكل شوی .

1- خفيف اكزاسربيشن :

1. اعراض او علا يم خفيف وي ، *EV1>80%*، په كور كي تداوي كيږي
2. لنډ تاثير لرونكي انشاقي بيتا ۲ اگونست توصيه كيږي هر ۳-۴ساعته بعد د وز يي تر ۲۴-۴۸ساعتو پوري لوړيږي
3. انشاق كورتيكوستروييد نه وركول كيږي ،كه مخكي اخيستي وي بيا د ۷ورځو لپاره دخولي دلاري د ورځي ۰.۵-۱.۰ملي ګرام وركول كيږي

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. که انشاقي کورتيکوسترويید تاثير ونه کړي او مخکي ورکول شوي نه وي د وز يي دوه چنده کيږي

2-متوسط اکزاسربيشن :

1. په چټکي سره هايپو کسيا او هوايي لاري تنګوالي اصلاح شي
2. د هوايي لاري تنګوالي د انشاقي لنډ تاثير لرونکي بيتا ۲اګونست اوسيستيميک کورتيکوسترويي سره ښه کيږي
3. د *FEV1* ښه کيد و سره ناروغ ته په کور کي تداوي شي او دتداوي لپاره تعليم ورکړل شي ترڅو خپله ناروغ ځان کنترول کړي

3- شديد اکزاسربيشن:

۱- اوکسيجن : د اکسيجن مشبوعيت د ۹۰٪ او فشار يي د ۶۰ملي متر سيما بو څخه لوړ وساتل شي ځکه چي اسفا کزيا د هايپوکسيا مهم لامل دي

۲- انشاقي لنډ تاثير لرونکي بيتا ۲ اګونست :په لومړي دري ساعتو کي *MDI(metered dose inhalation)* يا نيبولايزر په ډول ورکړل شي وروسته دښوالي دپيدا کيدو سره انشا قي توصيه شي

۳-اپرا تروپيوم برومائيد په متوسط اوشديد استما تداوي کي د انشاقي لنډ تاثير لرونکي بيتا ۲ اګونست سره يو ځايي کيږي.

۴- سيستميک کورتيکوستروئيد :

۵- وريدي مګنيزيم سلفات : ۲ګرامه درګ دلاري د ۲۰دقيقو په موده کي په مقاوم حا لت کي توصيه کيږي

۶- ميوکولايتيک دواګاني نه توصيه کيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA (CAP) په ټولنه کي پيداشوي نمونيا

تعر يف :

دسږو د پرانشيم حاد التهاب څخه عبارت دي چي دلاندي حالاتو سره يو ځا يي وي.

1. دحاد انتان اعراض وي
2. دسيني په راد يو ګرافي کي دحاد انتان انفلتريشن وي
3. په اصغا کي د نمونيا نښي وي
4. داعراضو پيل څخه د۱۴ورځي مخکي اويا د دي څخه زيا ته موده کي ناروغ په روغتون کي بسترشوي نه وي
5. مهم لامل يي ستروپتو کوک نمونيا دي

اپيديمولوژي او پيښيدل :

CAP يو معمول ناروغي دي چي په کال کي ۵-۴ ميلونه پيښي يي په متحده امريکا کي تشخيصيږي چي ددي څخه ۲۵٪ يي په روغتون کي بستريږي .په امريکا کي دمړيني اتم لامل دي . په خفيف ناروغانو کي چي بستر شوي نه دي دمړيني اندازه د ۱٪ څخه کم دي .په روغتو ن کي دمړيني اندازه په کال کي نژدي ۱۲-۱۰٪ دي خو د۶۵کلني څخه پورته عمر کي په کال کي دمړيني فيصدي ۴۰٪ ته رسيږي .

دکپ لپاره خطري فکتورونه: عبارت دي له:

۱- زاړ ه کسان ۲- الکوليزم ۳- سګرټ اڅکل ۴- استما ۵- معافيت مغلوب کسان ۶- شکري ناروغان ۷- دسږو مزمن انسدادي ناروغي ۸- اکلور هايدريا ۹- مزمن ضعيفونکي ناروغي ۱۰- ليوټوب ۱۱- اختلا جات ۱۲- دبلع تشوشات ۱۳- انټوبيشن ۱۴- نازوګاستريک تيوب

(c) ketabton.com: The Digital Library

دتنفسي سيستم د فا عي ميکا نيزم :دا ميکا نيزمونه لاتديني تنفسي سيستم د اتنا ناتو څخه ساتي :

۱- د تړوخي عکسه ۲- ميکو سيلا ري کيلا رانس سيستم ۳- اميون غبر ګون

د کپ اسباب :

1. ***S. pneumoniae*: 20-60%**
2. ***H. influenzae*: 3-10%**
3. ***Chlamydia pneumoniae*: 4-6%**
4. ***Mycoplasma pneumonaie*: 1-6%**
5. **Legionella spp. 2-8%**
6. ***S.*** aureus**: 3-5%**
7. **Gram negative bacilli: 3-5%**
8. **Viruses: 2-13%**
9. **40-60% - NO CAUSE IDENTIFIED**

2-5% - TWO OR MORE CAUSES

کلينيکي لوحه :

اعراض:

الف - عمومي اعراض: ۱- تبه – تبه ۴۹-۳۹ درجي وي چي دلرزي سره يوځاي وي .۲- دسر او دبدن درد ۳- کانګي ۴- دماغي خړپړ تيا په تيره زړو کي .

ب- تنفسي اعراض – ساه لنډي ،تړوخي (لومړي وچ وي وروسته بلغم داره کيږي او وينه لرونکي چي د زنګ وهلي (Rusty sputum) په نوم وي .

ج- پلورايي اعراض- دسيني موضعي درد وي چي د تړوخي ،ژور تنفس او حرکت سره زياتيږي .

علايم :

(c) ketabton.com: The Digital Library

الف – عمومي علايم – ناروغ ناروغ ښکاري ،تنفس اونبض يي چټک وي ،لوړه درجه تبه وي ،پوستکي سور وچ وي ، په شوندوکي هرپس وي (herpes labialis) ۳-۲ ورځي وروسته دتبي څخه پيدا کيږي .

ب- تنفسي علايم :

تفتيش- ماوفه طرف په تنفس کي برخه نه اخلي تنفسي حرکات کم وي .

جس- vocal fremitus لوړ وي .

قرع – dullness وي .

اضغا – تنفسي اوازونه ښکته وي ،تنفسي اوازونه برانکيل وي ، vocal resonance لوړ وي ، fine crepitation اوريدل کيږي .د نقاهت په دوره کي coars crepitation اوريدل کيږي .

تشخيص :

تشخيص دکلينيکی لوحی ،تاريخچی اوفيزيکی معاينی په واسطه کيږی .

لابراتواري پلټنې :

الف :دبلغمو معاينه – ۱- ګرام ستين : د دي معاينه په واسطه دمشخص انتان لپاره مشخص انتي بيوتيک توصيه کيږي .ددي معايني حساسيت ۶۲٪ او وصفيت يي ۸۵٪ دي .

۲- **دبلغموکلچر او حساسيت** : دبلغمو کلچر په واسطه د دانتي بيوتيک په وړاندي دانتان حساسيت او مقاومت معلوميږي . دبلغموکلچرهغه ناروغانوته چي دبستر وړ نه دي نه تر سره کيږي .

ب: دسيني راديوګرافي : ۱- دا دناروغي په تشخيص او اختلاطاتوپلورال ايفوژن او امپيما) په تعينولو کي مرسته کوي .۲- راديولوژيک بدلونونه -۱۲ ۱۸ ساعته وروسته پيل کيږي . دسيني راديوګرافي د ۶اوني په موده کي

(c) ketabton.com: The Digital Library

نارمليږي.۳- دسيني په راديوګرافي کې patchy او homogenous opacity په اخته طرف کي وي .

ج: **دويني معاينات** – دويني سپين حجرات د 15000/ml څخه لوړ وي .ESR>100min په اول ساعت کي زيات وي .

ح: **دويني کلچر** –داپه شديد نمونيا کي مخکي دانتي بيوتيک دپيل څخه تر سره کيږي ،په ۲۵-۲۰٪ستروپتوکوک نمونيا ناروغانو کي مثبت وي .

خ: **سيرولوژيک تستونه** – ۱- pneumococcal antigen test دبلغمو ،تشومتيازو او سيروم سيرولوژيک تستونه نظردبلغمو او ويني کلچر ته ۴-۳ ځله حساس ازموينه ده .۲- سيرولوژيک تستونه دغيروصفي نمونيا (mycoplasma ,legionella, Chlamydia ,viral infection) . که دانتي بادي تايتر ۴چنده لوړ شي دنوي انتان ښودونکي دي .د legionella, لپاره direct fluorescent antibody stain ترسره کيږي .

د: **دشرياني ويني ګازاتو اندازه کول** –

درملنه :

الف- **عمومي اهتما مات** :۱- دپلورايي درد لپاره زرقي pethidine 50- 100mg يا زرقي مورفين ۱۵-۱۰ملیګرام .NSAIDsدرمل لکه تابليت dolobid دورځي دوه ځله يا تابليت پونستان فورت دورځي دري ځله توصيه کيږي .

۲- **اکسيجن** : ټول هايپوکسيک ناروغانو ته ترهغه ورکول کيږي چي د اکسيجن غلظت د ۶۰ملي متره سيماب څخه پورته وساتل شي .

۳- **مايعات** : مايعات دخولي دلاري يا درګ دلاري د ديهايدريشن (دتبي او دتنفسي ريټ زياتوالي له کبله) داصلاح لپاره ورکول کيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

۴- cough suppressant : دټوخي دغلي کولو لپاره شربت فول کودين دوه قاشوغي دورځي دري ځله ورکول کيږي .

ب: انتي بيوتيکونه – دنموکاکل نمونيا تر سرليک لاندي تشريح شوي .

streptococcuspneumonia(pneumococcal pneumonia)

تعريف : مخکی تری یادونه شوی .

اپيديمولوژي او پيښيدل :مخکی تری یادونه شوی

دانتان دخپريد و لاري:

انشاقي (د منتنو څاڅکو انشاق)

اسپيريشن (داورو فرنکس انتا ناتو له کبله ستروپتوکوک نمونيا)

دويني دلاري (دسړو څخه دباندي ځايي څخه د ويني دلاري سړو ته د انتان راتګ لکه ستا فيلو کوک)

نژدي انساجو څخه (دګا ونډ ي انساجو څخه لکه نيغ په نيغه د ترخيل انتوبيشن په وخت کي

پتا لوژي:

انتان دانشاق يا اسپيريشن دلاري د پورتني تنفسي لاري څخه اسناخو ته رسيږي هلته تکثر کوي اوالتهابي عمليه پيل کوي چي په نتيجه کي پروتيني مايع توليد يږي چي د انتا ن لپا ره زرعيه محيط برابريږي چي په لاندي ډ ول دپتالوژي سبب کيږي

1. لومړي صفحه : کنجيسشن : په دي صفحه کي لاندي پتالوژيک بدلونونه وي :۱- مصلي اکزودات وي۲- د رګونو پړ سوپ۳- دبکتريا و تکثر
2. دويم صفحه : red hepatization:۱- سږي د ځيګر پشان سختيږي او سور رنګ نيسي او جامد ښکاري ۲- هوايي لاري د پي ام ان

(c) ketabton.com: The Digital Library

حجراتو په واسطه ډ ک شوي وي ۳- رګونه احتقاني وي ۴- سره حجرات د رګونو څخه باندي راوځي .

3. د ریم صفحه :gray hepatization ۱- التهابي حجرات وي ۲- سپین حجرات وي ۳- سره حجرات وي ۴- فبرین وي
4. څلورم صفحه : Resolution اکزودات بنه کیږي

کلینیکی لوحه :

اعراض او علایم :

1. تبه یا ها یپو تر میا وي
2. وچ یا بلغم لرونکي توخي وي
3. وینه لرونکي بلغم وي(rusty sputum)زنګ وهلي بلغم
4. دسیني پلورایي دردونه وي
5. عضلي درد ونه وي
6. کسا لت وي
7. ستو مانتیا وي
8. هضمي سیستم اعر اض وي
9. سا لنډ ي وي
10. crepitationاوریدل کیږي
11. Egophony اوریدل کیږي
12. bronchial breath sounds اوریدل کیږي
13. سږي په قرع سره ډ ل وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواری معاینات :

هغه ناروغان چې د بستر وړ نه دي تشخیصه تستونود انتان دتشخیص لپا ره اړتیا نشته ځکه چې د وي پراخه اغیزه لرونکي انتي بیوتیک اخلي ،او که چیري دسفر او یا دانتان سره د تما س تاریخچه و لري بیا تستونه تر سره شي

تشخیصه تستونه هغه وخت اجرا کیږي چې ناروغان د بسترو وي ، ناروغي یې شد ید وي او د د وا په مقابل کي ځواب نه وي.د ري مهم معاینات اجرا کیږي

۱- د بلغمو ګرام ستین معاینات

۲- د تشو متیازو انتي جن تست د ستروپتو کوک نمونیا او لیوجیو نیلا لپاره توصیه کیږي .

۳- Rapid antigen detection test for influenza

دبلغمو ګرام ستین معا ینا ت د ستروپتو کوک نمونیا لپاره نه حساس دي او نه وصفي یوازي د متیسیلین په مقابل کي مقاوم ستا فیلوکوک او ګرام منفي انتاناتو لپاره اجرا کیږي

دتشو متیازو انتي جن تست د سترپتو کوک او لیوجینیلا لپاره د بلغموګرام ستین اوکلچر معاینې په شان لږ حساس او وصفي دي دا تست ژر اجرا کیږي او د د وا مقدم شروع په نتیجه با ندي اثر نه لري . دا تست د نمو کوک انتان لپاره هغه وخت توصیه کیږي چې ناروغ لوکو پینیا ولر ي ، توري نه وي ،شراب څکي ،دځیګر مزمن ناروغي ولري ،پلورال ایفوژن ولري او ICUکي بستر وي .د لیوجیونیلا لپاره هم په دي حالاتو کي توصیه کیږي

د وینې ګازاتو معاینه (اکسیجن غلظت)

دوینې بیو شیمیک معاینات (ګلوکوز، د پښتورګو وظیفو ي تستونه ، د ځیګر وظیفوي تستونه)

د وینې بشپړ شمیرنه ا و ډ یفیرینشل معاینات

(c) ketabton.com: The Digital Library

د AIDS لپاره معا ينات

Procalcitonin: دا دکالسيتونين پيش قدمه ماده ده چي دبکتريا دتوکسين په مقابل کي ازاديږي او دوايرس په واسطه نهي کيږي ، دهمد ي مادي په اساس وايروسي او بکتريايي انتا ن سره تفريق کوو :يعني دپورتني تنفسي لاري انتان وايرس او دښکتني تنفسي لاري انتان بکتريا دي .

دسيني راد يو ګرافي :د سيني د راديو ګرافي تشخيصه ارزښت په لاندي ډ ول دي ۱ - تشخيص وضع کوي ۲- انزار معلوميږي ۳- د تد اوي رسپانس تري معلوميږي ۴- نوري ناروغي رد يږي ۵- د سبب په تشخيص کي کم مرسته کوي

دسيني را ډ يو ګرافي د patchy انفلتريشن څخه تر لوبولار ، منتشر الويلار او انټر ستيشيل opacity (کثافت) تغير ا تو پوري وي

ر ا ډ يو لوژ يک ښه والي د ۶ هفتو او يا زياته موده کې څر ګند يږي

ښه والي په ځو ا نانو ، سګر ټ نه څکونکي کي او يو لوب اخته کسانو کي ژر وي

بل ښه تشخيصه تست د سيني CT scan دي

مخکي د تداوي څخه د وينې کلچر تر سره شي

که ناروغ پلورال ايفوژن ولري د پلورا ما يع د ګلوکوز ،HDL ،مجموعي پروتين ،لوکوسيت شمير او ډ يفيرينشيل،مايع PH او کلچر لپاره ماينه شي .که د ما يع کلچر مثبت وي توراکوستومي د ريناژ اجر اشي .که چيري کا ويټي موجود وي بلغم بايد د فنګس او تبرکلوز لپاره کلچر شي .

سيرولوژيک تستونه پي سي ار او نور تستونه د ايروسونو ليوجيونيلا لپاره اجرا شي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

اختلاطات:

داخل الصدري:

1. سږي : ۱- Lung abscess ۲- Fibrosis ۳- Pneumothorax ۴- Lobar collaps(sputum retention rarely)
2. پلورا: ۱- Plural effusion ۲- empyema
3. Cardiovascular system: ۱- Pericarditis ۲- Myocarditis ۳- Endocarditis ۴- Shock ۵- Venous thromboembolism
4. GIS: ۱- Acute gastric dilatation ۲- Jaundice ۳- Diarrhoae ۴- Peritonitis ۵- hepatitis
5. CNS: ۱- Meningitis
6. Joints: ۱- Arthritis
7. Septicemia
8. Multiorgan failure
9. Renal failure
10. ARDS
11. Metastatic abscess

تشخیص :

دتاریخچی ،کلینیکی لوحی او لابراتواری معایناتو په واسطه کیږی .

تفریق تشخیص:

1. دسږو انفارکشن:تبه ،توخي ، وینه لرونکي بلغم او دامبولي منشه موجود وي
2. دسږو یا پلورا تبرکلوزس
3. دسږو ازیما :تبه نه وي او د زړه ناروغي مثبت وي
4. صفراوي کځوړي التهاب

(c) ketabton.com: The Digital Library

5. د معدي څيري شوي زخم
6. دحجاب حاجز څخه لاندي ابسي
7. حاد پانکراتایتس -8 امویبک هیپاتیتس

تدا وي :

د روغتون څخه دباندي درملنه :

۱- هغه ناروغان چي مزمن ضميموي ناروغي ونه لري ، اود ۳ ميا شتومخکي په موده کي انتي بيو تيک يي اخيستي نه وي .

Macrolides:مکرولید دواګاني عبارت دي له :

- (clarithromycin 500mg/12hrs orally 3-4 days
- azithromycin orally 500mg/D first then 250mg/D FOR 4days OR 500mg/D 3days

اويا : **doxycyline 100mg /12hrs** د خولي دلاري

هغه نا روغان چي مزمن نا روغي لري (دسږو، د زړه ،ځيګر پښتورګي مزمن ناروغي ، دشکري ناروغي ،شرابي ،سرطان ،طوري ونه لري ،معافيت مغلوب کسان ، معا فيت ځپونکي د رمل اخيستونکي) . او يا د ري ميا شتو مخکي په موده کي انتي بيوتيک يي اخيستي وي :

1. تنفسي فلوروکينولون (moxifloxacine 400mg/D د خولي دلاري . Gemfloxacine 320mg/D دخولي دلاري .Levofloxacine 750mg/D دخولي دلاري) . او يا : مکرولید (پورته پشان) +**beta lactam**
2. **Beta lactam** : بيتا لکتيم دواګاني عبارت دي له :
   1. amoxicillin 1gm/ 8hrs)
   2. amoxicillin- clavulanate 2gm/12hrs دخولي دلاري
   3. cefpodoxime 200mg/D دخولي دلاري

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. Cefuroxime 500mg/12hrs دخولي دلاري
5. Cefotaxime 1-2gm/ 4-12hrs IV
6. Ceftriaxone 1-2gm/ 12-24hrs IV

۳- په هغه ځايونو کي چي مکرولید په مقابل کي مقاومت وي د ۲شماري په ډول تداوي کيږي

هغه ناروغان چي د روغتون په وارد کي بستر دي نه په بيړني څارني يونټ کي (ICU).

1. تنفسي کينولون (پورته درمل اويا سپروفلوکزاسين -8 / 400mg 12hrs) د خولي يا رګ دلاري
2. او يا : مکرولید + بيتا لکتيم (د پورته پښان دخولي دلاري اويا درګ دلاري)

هغه ناروغان چي پهICU(بيړني څارني يونټ) کي بستر دي

- **Azithromycine** لومړي ۵۰۰ مليګرامه دخولي دلاري وروسته ۲۵۰ملي ګرامه د۴ ورځو لپاره اويا دورځي ۵۰۰ملي ګر امه د۳ ورځو لپاره .او يا
- تنفسي فلوروکينولون (جمع) ديو انتي نموکاکل بيتا لکتيم سره (cefotaxime,ceftriaxone, or ampicillin- sulbactam 1.5-3gm/6hrs
- Azithromycine or FQ + beta lactam)
- هغه ناروغان چي د بيتا لکتيم سره حساسيت لري (FQ+Aztreonam 1-2gm/6-12hrs

هغه ناروغان چي د سود وموناس انتان ترخطر لاندي دي

(دسړو، د زړه ،ځيګر پښتورګي مزمن ناروغي ، د شکري ناروغي ،شراب ،سرطان ،توري ونه لري ،معافيت مغلوب کسان ، معا فيت

(c) ketabton.com: The Digital Library

ځپونکي د رمل ا خیستونکي) .او یا د ري میاشتو مخکي په موده کي انتي بیوتیک اخیستي وي

- **Antipseudomonal beta lactam**

1. Pipracilline- tazobatam 3.5-4.5 gm/6hrs IV
2. Cefepime 1-2gm/12hrs IV

دهغه ناروغانودرملنه چي په ICU کي بستر دي او د سود ومونا‌س انتان ترخطر لاندي دي په لاندی ډول دی :

1. Imipeneme 0.5- 1gm/6-8hrs IV
2. Meropenem 1gm/8hrs IV
3. An antipneumococcal , an antipseudomonal beta lactam+ ciprofloxacine 400mg/8-12hrs or levofloxacine
4. Beta lactams **+** an aminoglycoside (gentamycine,tobramycine,amikacine)**+** azithromycine **or** FQ Methicilline resistance staphylococc (above + vancomycine or linezolid 600mg/12hrs

د تداوي دناکامي لاملونه:

1. مایکروبیا لوژیک تشخیص غلط وي
2. د انتي بیوتیک انتخاب اودوزغلط وي
3. د دوا په وړاندي حساسیت وي او یا جانبي عوارض وي
4. انتاني اختلاطات وي لکه (امپیما ، میتا ستا تیک انتان وي،پارانمونیک ایفوژن وي ،بل انتان یوځایي شوي وي،اتیلکتازس وي
5. دبدن د فاعي حالت ضعیف وي
6. څوانتانات یوځایي شوي وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخنيوي:

1. سګرټ بند شي
2. دنموکوک او انفلوانزا لپاره واکسين په لاندي حالاتو کي وشي
   a. معافيت ښه وي خو دناروغ عمر ۶۵ کاله اويا زيات وي
   b. مزمن ناروغي ولري
   c. معافيت مغلوب وي خو عمر د ۶۴کاله يا کم وي

په روغتون کي د بستر استطبابات :

1. عمر د ۶۰ کالو څخه زيات وي
2. داستما ناروغي ولري
3. دسړو مزمن انسدادي ناروغي ولري
4. سترويید يا برانکو دايلاتور استعمالوي
5. ځنډني ناروغي ولري **(DM,cancer,renal and cardiac disease)**
6. **WBC<5000**
7. نور انتانات وي لکه **(staphyllococc,anairobic infection,G-)**
8. سګرټ زيات څکي
9. تقحييي اختلاطات ولري
   (empyema,meningitis,endocarditis,arthritis)
10. د خولي دلاري درمل خوړلي نه شي
11. **RR >30/mint, HR>140/mint,SBP<90mmHg,paO2<60,**
12. شعوري حالت خراب وي
13. دروغتون څخه دباندي درملنه مشکل وي
14. پراخه راډيولوژيک بد لونونه وي
15. ډير معافيت ځپلي وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

دتداوي د د وام موده:په لاندي فکتورونو پوري اړه لري :کم تر کمه ۵

ورځي پوري تداوي شي .د تداوي د وام موده په لاندي حالاتو پوري اړه لري ۱- دناروغي شد ت پوري ۲- د انتا ن نوعيت پوري ۳- تد اوي په مقا بل کي ځواب پوري ۴-اختلا طا تو پوري ۵- ضميموي ناروغي پوري

دکلنيک له نظره خراب انز ار:

1. RR > 30
2. ميخانيک تهويه ته ضرورت وي
3. څو لوبه اخته شوي وي
4. فشار ښکته وي
5. فشار لوړونکي د رمل ته اړتيا وي
6. وليګو يوريا وي
7. شعوري حالت خراب وي
8. دسړو نوري ناروغي وي

د لابراتوار نظره خراب انزار:

1. **Hypoxia(pao2<8kpa)**
2. **Leukepenia(wbc<4000/mm2)**
3. **Leukocytosis(>20000/mm2)**
4. **Serum urea>7mmol**
5. **Postive blood culture**
6. **hypoalbumnemia**

CURB 65 Rulesاود نمو نيا د تداوي ځاي :

1. **Confusion**
2. **BUN > 30mg/dl**
3. **RR > 30/min**
4. **BP SBP <90mmhg**
5. **DBP <60mmhg**
6. **Age > 65yrs**

(c) ketabton.com: The Digital Library

CURB 0 or 1

کور کي تداوي شي

CURB 2

لنډ ي مودي لپاره روغتون کي بستر شي

CURB 3

روغتون وارد کي بستر شي

CURB 4 or 5

ICUکي بستر شي

Pneumonia severity indix(PSI)

Major criteria -1

1. ميخانيکي تهو يي ته ضرورت ولري
2. سپتيک شاک کي وي او وازوپريسور ته ضرورت وي

Minor criteria -2

1. Confusion/disorientation
2. Blood urea nitrogen ≥ 20 mg%
3. Respiratory rate ≥ 30 / min
4. temperature < 36ºC
5. Severe hypotension
6. PaO2/FiO2 ratio ≤ 250
7. Multi-lobar infiltrates
8. WBC < 4000 cells
9. Platelets <100,000

(c) ketabton.com: The Digital Library

Hospital Acquired Pneumonia (HAP)

په روغتون کي پيدا شوي نمونيا

pneumonia Nosocomial

اپيديمولوژی :

1. HAP: Hospital-acquired pneumonia
   a. په روغتون کي وروسته د وو ورځو اويا په زيا ته مود ه کي پيدا شي
2. VAP: Ventilator-associated pneumonia
   a. د ترخيال انټيو بيشن څخه وروسته د ۴۸ ساعتو په مود ه او يا زيات د دي څخه پيداشي
3. HCAP: Healthcare-associated pneumonia

هغه کسانو کي پيدا کيږي چي صحي کارونو کي بوخت وي لکه هيمو يا لايزس ،د زخم پانسمان کونکي کي او داسي نور . دا په ټولنه کي په هغه کسانو کي چي صحي خد مات کوي .

تعريف :

1. نمونيا د شفاخاني د بستريد و څخه ۴۸-۷۲ وروسته پيدا کيږي
2. ناروغ تبه اوبلغم لرونکي ټوخي لري
3. په وينه کي سپين حجرات لوړ وي
4. د سيني په راډيو لوژي کي نوي ارتشاحات پيدا کيږي
5. د ترخيا او برانکسونو افرازات خيرن وي
6. انتا ن په روغتون کي دداخليدو پرمهال نه وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

پتوجينيزس :

دلاندي فکتورونو په واسطه کولاي شو چي HAPاو CAPسره تفريق کړو:

1. هاپ د مختلفو اتاناتو له کبله پيد اکيږي
2. په هاپ کي د دوا په مقابل کي مقاومت ژر پيدا کيږي
3. په هاپ کي د ناروغ لومړني صحي حالت دانتان د شدت د زيا توالي لامل کيږي.

1. د تنفسي لاري د تداوي ساما نونه له کبله خطري فکتورونه :
   a. ميخا نيکي تهو ي ساما نونه
      i. د احياي مجد د او سپايرو ميتري منتن سامانونو له کبله
      ii. دتنفسي لاري د سکشن په وخت کي
      iii. نيبولايزشن دلاري
   b. هغه خطري فکتورونه چي په خولي اوفرنکس کي دانتا نا تو د توليد و لامل کيږي :

۱- غير شعوري حالت وي – ۲- ها يپوتنشن وي ۳- پښتورګو عد م کفا ييه ۴- لوکو سا يتوزس ۵- دسړو مزمن انسدادي ناروغي ۶- شرابي ۷- روغتون کي داوسيد و موده ۸- تغذ يوي حالت ۹- انتي بيوتيک په واسطه درملنه ۱۰- انتوبيوشن ۱۱- په بيړني مراقبت خونه کي بستر وی.

هغه خطري فکتورونه چي په معده کي دانتا نا تو د توليد و لامل کيږي عبارت دي له : ۱- زاړه کسان ۲- .Achlorhydria ۳- Antacids and H2 blockers. ۴- پي پي آي استعما لول ۵- دمعدي په محتوياتو کي د مزد وج بيلوروبين زيا تولي ۶- سکرالفت دمعدي په اسيد باندي لږ اغيزه لري

هغه خطري فکتورونه چي داسپير يشن لپاره خطري دي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

1. دشعور خرابوالي چي د تروما يا خوب راوړونکي دواګانو له کبله وي
2. Nasogastric intubation
3. ستون ستا غ ملاسته
4. Endotracheal tube

د HAP اسباب :

1. Bacterial (80-90%):
2. Gram –ve bacilli (50-70%)
3. Pseudomonas aeruginosa
4. Enterobacteriaceae
5. Staphylococcus aureus (15-30%)
6. Anaerobic bacteria (10-30%)
7. Haemophilus influenzae (10-20%)
8. Streptococcus pneumoniae (10-20%)
9. Legionella speecies (4%)
10. Viral (10-20 %)
11. Cytomegalovirus
12. Influenza
13. Respiratory syncytial virus
14. Fungal (< 1%)

کلنيکي لوحه:

معمول کلنيکي لوحه عبارت دي له :۱- تېوخي ۲- تبه اولرزه ۳- دسيني پلورايي د رد ۴- ساه لنډي ۵- بلغم شتون ۶- اسهالات ،کانګي او زړه بد والي

فيزيکي معاينه :

1. **Respiratory Rate >24**
2. **Tachycardia**
3. د سيني په معاينه کي رالونه اوريدل کيږي

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص :

1. ۲۰٪ کي دويني کلچر مثبت وي ،سمپل د د وومختلفو ځا يونو څخه واخيستل شي
2. دويني ګازات معاينه شي که اکسيجن ضرورت وي توصيه شي
3. د ويني بشړ معاينات او بيوشيميک معاينات د ومره ارزښت نه لري
4. د سيني راډيو لوژيک هم وصفي نه دي
5. که پلورال ايفوژن وي ما يعات يي معاينه شي
6. د بلغمو کلچر اوګرام ستين معاينات نه حساس دي او نه وصفي .

مخنيوي:

1. ناروغ سره دتما س څخه وروسته لاسونه ووينځل شي
2. د خطر لاندي کسا نو ته د نموکوک او انفلو انزا واکسين وشي
3. مقاوم نا روغان تجر يد شي
4. سامان الات پا ک شي

درملنه:

۱- که د انتان د مقاومت خطر د څو د رملو په مقا بل کي لږ وي نو يودلاندي دواګانو څخه ورکول کيږي :

1.	IV	1-2gm/12-24hrs	Ceftriaxone
2.	orally	320mg/d	Gemfloxacine
3.	IV or orally	400mg/d	Moxifloxacine
4.	IV or orally	750mg/d	Levofloxacine
5.	IV or orally	400mg/8-12hrs	Ciprofloxacine
6.	IV	3.375-4.5gm/6hr	Pipracilline- tazobactam
7.	IV	1gm/d	Entapenem

(c) ketabton.com: The Digital Library

8. Ampicillin-sulbactam 1.5-3gm/6hrs IV

۲- که د انتان د مقاومت خطر د څو د رملو په مقا بل کي زیا ت وي دلاندي کتګوریو څخه یو دوا ورکول کیږي :

i. Antipseudomonal antibiotic

ii. Cefipime 1-2g /12hrs iv

iii. Ceftazidime 1-2gm/8hrs IV

iv. Imipenem 0.5-1gm/6-8hrs IV

v. Meropenem 1gm/8hrs IV

vi. Pipracillin-tazobactam 3.375-4.5gm/6hrs iv

b. For pencillin allergy (aztreonam) 1-2gm/6-8hrs iv

دویمي انتي سود ومونا ل دواګاني :

i. Levofloxacine 750mg/d iv

ii. Ciprofloxacine 400mg/8-12 hrs iv

iii. Gentamycin,amikacin, tobramycin

iv. د متیسیلین په وړاندي مقاوم سودوموناس

v. Vancomycin

vi. Linezolid 600mg/12hrs iv

(c) ketabton.com: The Digital Library

BRONCHIECTASIS

تعر يف:

برانكيكتازس يو ولادي يا كسبي ناروغي دي چي د لو يو برانكسونو د د يوال په دايمي نه كرځيدونكي توسع اوتخريب باندي متصف دي

اسبا ب:

١ - انتا نا ت : ١- بكتريا يي نمونيا .٢- تبر كلوز.٣- توره توخله.۴- شري .۵- انفلو انزا

٢ - د نژ دي هوايي لارو ا نسداد: ١- د اجنبي جسم اسپيريشن .٢- د هوايي لارو سليم تومورونه

٣- د كوربه دفاعي ميكا نيزم خرابوالي

- Ciliary dyskinesia (Kartagener's syndrome)
  - 1) **situs inversus**
  - 2) **bronchiectasis**
  - 3) **sinusitis**
- Humoral immunodeficiency

4- ولادي تشوشات: ١- .Cystic fibrosis -٢ α1- Antitrypsin deficiency

غير انتاني اسباب: **Yellow nail syndrome**:

1. bronchiectasis
2. lymphedema
3. pleural effusion
4. yellow discoloration of the nails

: Pathogenesis

د سببي عامل له كبله په كوچني او متوسط هوايي لارو كي دالتهاب له كبله دبرانكسونوپه دننه كي دنتروفيلونو څخه التهابي ميډياتورونه افرازيږي ، دا ميډياتورونه دبرانكسونو الاستين ،غضروف او عضلات تخريبوي چي په نتيجه كي دبرانكسونو دغير رجعي توسع لامل كيږي .په

(c) ketabton.com: The Digital Library

التهابي ساحه کي مکروفاژونه او لمفوسايتونه توليږي چي دمخاطي جدار دپلنوالي لامل کيږي .دغه پلنوالي دهوايي لارو دانسداد لامل کيږي چي د سږو دوظيفوي دندو دخرابوالي لامل کيږي . کله چي ناروغي پرمختګ وکړي په هوايي لارو کي او دسږو په پرانشيم کي فايبروزس مينځته راځي ، دهوايي لارو پاکيدل خرابيږي . دانسدادي ساحي په خلف کي دافرازاتو دټولېدو له امله انتاناتو ته زمينه مساعديږي چي نورهم د برانکسونو دتخريباتو لامل کيږي .

پتا لوژي:

۱- د برانکسونو توسع او تخريب .۲- د هوايي لارې داپيتيليوم تخريب .۳- د وينې د کپيلاريو توسع او هايپر پلازيا

دبرانکيکتازس ډولونه: ۱- **cylindrical bronchiectasis**: اخته برانکس توسع کوي او دافرازاتو پواسطه بند يږي . ۲- :**varicose bronchiectasis**:اخته برانکس غير منظم توسع کوي چي د وريدي واريکوز پشان ښکاري . ۳- **saccular (cystic) bronchiectasis** : برانکس د بالون پشان ښکاري.

کلنيکي لوحه:

۱- زيات مقدار بد بويه خيرن بلغم .۲ - مزمن ټوخي .۳- وينه لرونکي بلغم . ۴- متکرر نمونيا .۵- سيستميک اعراض(تبه او وزن کميدل) .۶- د سږو په فيزيکي معاينه کي دناروغي په مقد م حالت کي سږي نارمل وروسته کريپيتيشن اوريد ل کيږي .۷- انيميا .۸- دناروغي په وروستي وخت کي لاندي حالات پيدا کيږي لکه ۱- د ګوتو ګلابينګ .۲- امفزيما .۳- کور پلمونل .۴- ښې زړه عدم کفاييه .۵- اميلو ايو د وزس .۶- د احشا وو ابسي .

CHEST X-RAY :

1. دسيني راديو ګرافي کي برانکسونه متوسع او پلن ښکاري ،غير منظم کثا فتونه او اتيلکتا زس او نقطوي کنسوليد يشن ښکاري
2. ښه تشخيص يي د high resolution CT scan ، Bronchoscopy او(Bronchography (gold standard پواسطه کيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

تفريقي تشخيص :

۱- Chronic bronchitis ۲- recurrent hemoptysis ۳- Lung abscess ۴- Tuberculosis ۵- Congenital pulmonary cyst ۶- متعد د کوچني کثافتونه وي

لابراتواری معاینات:

۱- بلغم د کلچر حساسوالی او تبرکلوزلپاره معاینه شی ۲- دسړو وظیفوی تستونه د سی او پی ډی لپاره معاینه شی .۳- دوینی د سپینوحجراتو شمیر زیاتوالی د وراضافه شوی انتان باندی دلالت کوی او د ازونوفیل زیاتوالی دBronchopulmonary aspiragellosis باندی دلالت کوی .

درملنه:

طبي اهتما مات : ۱- انتي بيو تيک :د ۱۰-۱۴ وروځو لپاره

1. Amoxacillin- clavulanate 500mg/8hrs
2. Ampicillin or tetracyclin 250-500mg/6hrs
3. Trimetoprim-cotrimoxacillin 160/800mg/12hrs
4. Ciprofloxacine 500- 750mg /12hrs
5. وقايوي درملنه لپاره ازيترومايسين ۵۰۰ملیګرامه اوني کي دري ځله د ۶ مياشتو لپاره توصيه کيږي

۲- د سيني فيزيوتراپي :

۳- وضعيتي د ريناژ ترخو بلغم خارج شي

1. جراحي درملنه : متکرر کلنيکي لوحه .کتلوي هيما پتيسس

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

LUNG ABSCESS

تعر يف:

كه د سړو نكروتيک انساج يا قيحي مايع په يوجوف كي راټولي شي او د سړو دمزمن پلن التهابي نسج په واسطه احاطه شي (pneumonitis) د سړو دابسي په نوم يا ديږي .

اسباب :

Peptosretococcus, Bacteroids, Fusobacterium species & *Microaerophilic streptococcus.*

ايروبيک انتانات :۱- Staphylococcus aureus ۲- Streptococcus pyogens ۳-

Hemophilus ۵- Klebsiella pneumoniae ۴- Streptococcus pneumoniae (rarely) influenza ۶- Actinomyces species ۷- Nocardia species ۸- Gm negative bacilli.

غير بكتريايي انتانات :

- Parasites: ۱- Paragonimus ۲- Entamoeba.
- Fungi: ۱- Aspergillus ۲ان Histoplasma ۳- Blastomyces,۴- Coccidioides] ۵- Mycobacterium.

پتالوژی :

كه د سړو نكروتيک انساج يا قيحي مايع په يوجوف كي راټولي شي او د سړو دمزمن پلن التهابي نسج په واسطه احاطه شوي وی .قيح دجوف د چويدو له امله برانكسونو ته دننه كيږی . مايكروبيالوژي: ۱- ايروبيک .۲ان ايروبيک .۳- مخلوط ډول وي

كلنيكي لوحه :

اعراض عبارت دي له : تبه،ټوخي ، بد بويه بد مزي بلغم ،دشپي له خوا خوله ،بي اشتهايي،وزن كميدل،وينه لرونكي بلغم ،دپلورا التها ب.

(c) ketabton.com: The Digital Library

فيزيکي ننښي :

1. خفيفه د رجه تبه په ان ايروبيک ابسي کي وي
2. <38.5 تبه په نورو انتاناتو کي وي
3. دغابنونو ناروغي موجود وي
4. دکنسوليد شن ننښي عبارت دي له :

– سړي په قرع سره ډل وي

– په اضغا سره په سړو کي کرپيتيشن اوبرانکيل بريتينګ اوريدل کيږي ، تنفسي اوازونه ښکته وي. کله کله فريکشن رب اوريد ل کيږي

5. کله کله د ګوتو کلابينګ ليد ل کيږي

لابراتواري معاينات:

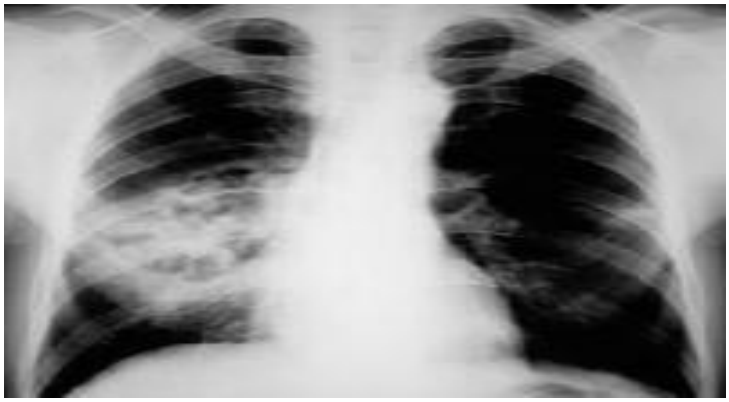
1. دويني بشړ معاينا ت
2. دبلغم معاينات دګرام ستين کلچرتبرکلوز لپاره تر سره شي
3. دبلغمو کلچر د ان ايروبيک انتا ناتو لپاره مناسب نه دي ځکه چي د خو لي دنوروفلورا سره منتن شوي وي ،نو د دي انتاناتو د کلچر لپاره دترانس توراسيک افرازات ،توراسنتيزس اوبرانکوسکپيک دلاري سمپل واخيستل شي
4. -د ويني کلچر د انتا ن د نوعيت لپاره تر سره شي

راډيولوژي:

1. دراډيولوژيک منظري له مخي ان ايروبيک انتانات په لاندي ډول دي :
2. دسړو ابسي : دسړوکهف (کاويتي) د پلن د يوال لرونکي کنسوليد يشن پواسطه احاطه شوي وي او اکثراً په جوف کي داوبو اوهوا خيال سطحه ليدل کيږي .
3. نکروتيزينک نمونيا :په دي حا لت کي د کنسوليد يشن په ساحه کي متعدد کهف موجود وي .۸- امپيما : د پلورا په جوف کي خيرن مايع وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. ۹- التراسونوګرافي پواسطه دمایع موقعیت معلومیږي



پتوجینیزس :

که د سږو نکروتیک انساج یا قیحي مایع په یوجوف کي راټولي شي او د سږو دمزمن پلن التهابي نسج په واسطه احاطه شي (pneumonitis) د سږو دابسي په نوم یا دیږي .ان ایروبیک ابسي دایروبیک ابسي بر خلاف بد بویه وي . لومړني ابسي د نمونیا یاوروفرنحیال افرازاتو اسپیریشن څخه وروسته مینځته راځي اودویمي د برانکسونو دانسداد ،برانکیکتازس او یا دبل منتن ځایي څخه مینځته راځي . ابسي د ښي سږي د خلفي سګمنت په ښي پورتني لوب کي مینځته راځي سپتیک امبولي ددبکتریمیا او د تراي کسپید دسام اندوکاردایتس څخه وروسته مینځته راځي.

دسږو دابسي مساعدونکي فکتورونه :

۱- د خولي د جوف ناروغي ۲- دغاښونو ناروغي ۳- د وریو التهاب ۴- شعوري حالت خرابوالي ۵- الکهول ۶- کوما .۷- په دوا اعتیاد .۸- بي هوښي .۹- اختلا جا ت .۱۰- - معا فیت ځپلي ناروغان .۱۱- سترووید په واسطه درملنه .۱۲- سوي تغذي .۱۳- اکلیژیا .۱۴- دمري ناروغي .۱۵- ریفلوکس ناروغي ۱۶- دمري بند والي .۱۷- دټوخي عکسي انحطات .

اختلاطات:

۱- که ابسي د پلورا جوف ته څیري شي د امپیمیا سبب کیږي ۲-د پلورا فبروزس ۳- تنفسي عد م کفا ییه .۴- بر انکو پلو رال فستول ۵- د پلور ا او پو ستکي تر مینځ فستول ۶- ترا پید پلو را.

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص :

دسړو ابسی تشخیص دتاریخچی ،فیزیکی معاینی او لابراتواری معایناتو په واسطه کیږی .

تفريقي تشخيص:

Pleuro-pulmonary Empyema - 1. Hydatid Cysts -2. Lung Cancer – 3 Mycobacterium – 4 Pneumococcal infections – 5 Pneumocystis Carnii pneumonia- 6 Aspiration pneumonia- 7Bacterial pneumonia- 8Fungal pneumonia- 9 Pulmonary embolism- 10 T.B- 11

تداوي:

1. Clindamycin لومړي ۶۰۰ملي ګرامه د رګ دلاري هر ۸ ساعته بعد توصیه کیږي ،وروسته ۳۰۰ ملي ګرامه د خولي دلاري هر ۶ساعته بعد ورکول کیږي او یا amoxicillin-clavulanate 875/125 mg/12hrsتوصیه کوي .
2. Penicillin(amoxicillin 500mg/8hrs OR pencillin –G 1-2million unit 4-6hrs plus(+) metronidazole 500mg orally OR IV درګ د لاري توصیه کیږي . پنسیلین یوازي اغیزه نه لري . د رملنه ته تر هغه وخته پوري دوام ورکول کیږي تر څو رادیولوژیک بدلونونه ښه شي .
3. ان ایروپیک برانکو پلموناري ناروغي لپاره باید د توراکوستومي تیوب دلاري د امپیما مایع تخلیه کیږي
4. کله کله خلاص د رینا ژ د احاطه شوي مایع لپاره تر سره کیږي

د جراحي تداوي استطبابات:

۱- طبي تد اوي ناکام شي ۲- د نیو پلازم اشتبا ه وي ۳- د سړ و ولادي ناروغي وي ۴- په جراحي درملنه کي یو لوب یا یو سړي ایستل کیږي .

مخنیوی :

(c) ketabton.com: The Digital Library

مقدم انتی بیوتیک پیلول دبرانکسونوپه پاکولوکی ګټور دی ددرملنی کورس کموی او ښه والی راولی .که ناروغ لوړه تبه ولری بایدبستر شی او په داسی کوټه کی بستر شی چی ازاده هوا تهو یه ولری ترڅو مخاطی بدبوی دکوټی څخه لری شی . خوله پاک وساتل شی ،دمالګی یا Duo Beier's liquid سره خول ووینځل شی تر څو دخولی بدبوی لری شی .دبلغموپیاله سر پټ وساتل شی او دورځی یوځل پاک شی او دانتان څخه پاک شی . دزیات خولی له کبله ناروغ فشار ښکته کیږی فشار باید ثابت وساتل شی .پوستکی پاک وساتل شی .محیط پاک وساتل شی .جامی وخت په وخت بدل شی .

انزار:

دطبي تدا وي سره ۹۰٪ښه کيږي اوانزار ښه وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

Atelectasis

(کولپس) :

هغه حالت ته ویل کیږي چي د بر انکسونو دانسداد له کبله سږي کولپس وکړي چي په نتیجه کي دګازاتو تبادله له مینځه ځي او یا کمیږي . دا کیداي شي چي په ټول سږي کي او یا د سږي په یوه برخه کي وي ، دا باید دسږو کنسولیدشن څخه توپیر شي .

اسباب :

۱- وروسته دجراحي عملیاتو څخه (دګیډي دحرکاتو محدودیدل)
۲- سګرټ څکونکي اوزاړه ډیر ترخطر لاندي دي
۳- د تومور، لمف نود او تبرکل له کبله دبرانکسونو انسداد
۴- سرفکتانت کموالي

پتالوژی :

کولپس د سیني په راد یو ګرافي کي ښکاري . کولپس کیداي شي په نارمل حالت کي دهوا دخارجیدو له کبله هم وي . کولپس په حاد ډول وروسته دعملیاتو څخه او یا د سرفکتانت دکموالي له امله او یا په نوي زیږدلي ماشومانوکي (*infant respiratory distress syndrome*) پیدا شی .

پتوفزیالوژی :

1. دهوایی لاری دننه بند وی .
2. هوایی لاری ښایی دباندی له خوا فشار لاندی راشی اوبند شی .
3. دسږو انساج دفشار له کبله تخته شی (متراکم شی).
4. اسناخ بشپړ ونه پرسیږی .

و یشنه :

(c) ketabton.com: The Digital Library

اتيلکتازس په حاد يا ځنډني ډول وي . په حاد حالت کي سږي نوي دهوا څخه تش شوی وي . په ځنډني حالت کي په ماوفه ځايي کي هوا نه وي ، انتانات وي ، برانکسونه پراخه شوي وي ، ويجا ړيدنه او فبروزس ليدل کيږي .

Chronic atelectasis:ځنډني اتيلکتازسس په د وه ډوله دي :

۱- *middle lobe syndrome atelectasis*: په دي حالت کي برانکسونوباندي دفشار له کبله سږي کولپس کوي (لکه لمف نوډ يا تومور) چي په اخته ځاي کي نمونيا(د د رملني په وړاندي مقاوم) ،ځنډني التهاب ، سکارينګ او برانکيکتازس مينځته راځي .

۲- *Rounded Atelectasis (Folded Lung Syndrome)*: په دي حالت کي دپلورا د سکارينګ او ټو ليدو له کبله دسږي باندني برخه ورو کولپس کوي چي د سږي په اکسري کي ګرد خيال ليدل کيږي چي دسږي دتومور سره غلطيږي . دا ډول اتيلکتازس د پلورا د اسبيتوزس يا دپلورا دځنډني فبروزس له کبله مينځته راځي .

Absorption (Resorption) Atelectasis : اتومسفير ۷۸٪ نايتروجن او ۲۱٪اکسيجن لري چي اکسيجن د سنخي کپيلاري غشا په حذا کي تبادله کيږي او نايتروجن داسناخو دپړسوپ غوره ماده ده ، که اکسيجن په زياته اندازه دنايتروجن ځاي ونيسي بلاخره اکسيجن په وينه کي جذ بيږي دنايتروجن دکموالي له امله د اسناخو حجم کميږي چي داسناخو دکولپس لامل کيږي چي دي ته جذبي اتيلکتازسس وايي .

کلينيکي لوحه:

۱- ټوخي (بارز نه وي) .۲- دسيني درد (معمول نه وي) .۳- ساه لنډي (چټک او سطحي وي) .۴- د اکسيجن مشبوعيت لږ وي .۵- پلورال ايفوژن (ترانسو ديت وي) .۶- سيا نوزس(وروستي ننبه وي) .۷- دزړه حرکت چټک وي .۸- دحرارت درجه لوړه وي

دسيني راډيو ګرافي:

۱- دسيني راډيو ګرافي .۲- سي تي سکن .۳- برانکوسکوپي

(c) ketabton.com: The Digital Library



تشخیص:

دتاریخچی ،فیزیکی معاینی او دسینی رادیولوژیک معایناتو په واسطه کیږی .

مخنیوی :

Atelectasis په ماشومانوکی داجنبی شیانو له کبله مینځته راځی چی باید نومورې شیان دماشومانوڅخه لری وساتل شی. په غټانوکی وروسته دجراحی عملیاتو څخه مینځته راځی چی دعملیاتو په وخت کی دنومورې ناروغی مینځته راتګ څخه مخنیوی وشی.

درملنه :

۱- سببي درملنه
۲ دجراحي عملیي وروسته پیداشوي کولپس د فیزیوتراپي په واسطه درملنه شي
۳- ژور تنفس او ټوخي کولو ته وهڅه ول شي
۴- هغه کسان چي دسیني سوي اشکال او یا عصبي ستونزي لري میکا نیکي تنفس ورکړل شي
۵- که انسداد دټوخي په واسطه له مینځه لاړ نه شي دبرانکسکوپي په واسطه له مینځه لاړ شي
۶- که انتان وي انتي بیوتیک توصیه شي
۷- تومور د جراحي عملیي او شعاعي درملني په واسطه له مینځه یوړل شي

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

PLEURAL DISEASE

PLEURITIS

تعریف:

دپلورا دحاد التهاب څخه عبارت دي چي دجداري پلورا دتخريش له کبله پيدا کيږي .

اسباب :

دپلوريتس اسباب عبارت دي له په ځوانانو کي چي کوم بل ناروغي نه وي دتنفسي سيستم وايروسي انتانات او نمونيا دي .دپښتيو کسر هم دپلورايي درد لامل کيږي .د درملني لپاره سبب تداوي شي .

کلینیکی لوحه :

پلورا يتس په شديد ،موضعي ،تيز درد باندي متصف دي .چی درد د توخي ،پرنجي ،حرکت اوتنفس سره زياتيږي .که د ديافراګماتيک جداري پلورا مرکزي برخه تخريش شوي وي درد يوي اوږي خواته خپريږي .

رادیوګرافی:

دسینی په اکسری کی دزړه ،سږی خیال اوکه په پلورایی مسافه کی مایع وی ښکاری ، دپلورزی دسبب په اړوند (نمونیا ،دپښتیو کسر او سږو تومور) معلومات ورکوی .کله کله دسینی رادیوګرافی په دی ډول اخیستل کیږی چی ناروغ په دردناک ډډی باندی څملول کیږی (decubitus chest X-ray) عکس ایستل کیږی .که د ولاړی په وضیعت باندی دپلورا په جوف کی مایع ښکاره نه شی نو په ملاستی وضیعت باندی ښکاری .

درملنه :

(c) ketabton.com: The Digital Library

د درد او التهاب ضد درمل لکه اندوميتاسين ۲۵ملیګرامه د ورځي ۳-۲ ځله درد اراموي .کودين ۶۰-۳۰ملیګرامه هر ۸ساعته بعد دخولي دلاري د درد لپاره چي دټوخي سره زياتيږي او په دي شرط چي دهوايي لارو دافرازاتو احتباس نه وي . همدارنګه دبين الضلعي عصا بو بلاک په ګذري ډول د رد اراموي .

Pleural Effusion

تعريف :

1. د حشوي او جداري پلورا ترمينځ په غير نا رمل ډ ول دما يع ټوليد و ته وا يي هغه وخت ا يفوژن پيد ا کيږي چي د مايع د جوړيد و او جذ ب ترمينځ بيلانس خراب شي
2. پلورايي مايع د جداري پلورا د کپيلريوپه واسطه جوړ يږي او د جداري پلورا د لمفاوي سيستم په واسطه جذ بيږي
3. په نارمل حالت کي :
   1. 0.01cc/kg/hr توليد يږي
   2. 8.4ml د نيمي سيني وي
   3. د سپينو حجرو شمير ۱۷۰۰ په يو ملي متر مکعب کی وي چي ۷۵٪ حجرات يي مکروفاژ او ۲۵٪ يي لمفو سيت دي پروتين يي د پلازم د پروتين غلظت څخه ۱۵٪ کم دي
   4. پي ايچ يي ۶۴.۷ -۶.۷ دي
   5. ال . ډي . ايچ يي د پلازما څخه ۵۰٪ کم دي
   6. ګلوکوز يي د پلازما په اندازه دي

اسباب :

الف- د ترانزود يت پلورال ايفوژن اسباب:

(c) ketabton.com: The Digital Library

- Pulmonary embolism 4- -3 Cirrhosis 2- 1-Congestive heart failure-

Nephrotic syndrome 5-Peritoneal dialysis 6- Superior vena cava obstruction
7- Myxedema 8- Urinothorax

ب- د اکزوداتیف پلورال ایفوژن اسباب:

1. *Neoplastic diseases:* Metastatic disease, Mesothelioma,
   a. *Infectious diseases : 1-* Bacterial infections 2-Tuberculosis 3- Fungal infections
   b. 4-Viral infections 5- Parasitic infections
   c. *Pulmonary embolization*
   d. *Gastrointestinal disease:1-*Esophageal perforation 2-Pancreatic disease 3-Intraabdominal abscesses
   e. *Collagen-vascular diseases:1-* Rheumatoid pleuritis 2- Systemic lupus erythematosus 3-Drug-induced lupus
   f. Sjögren's syndrome
   g. Churg-Strauss syndrome
   h. *Sarcoidosis*
   i. *Uremia*
   j. *Meigs' syndrome (ovarin tumor,ascitis,plural effusion)*
   k. *Yellow nail syndrome*
   l. *Radiation therapy*
   m. *Hemothorax*
   n. *Chylothorax*

Drug-induced pleural disease (Amiodarone، Nitrofurantoin،

کلنیکي لوحه :

اعراض :

۱- دسيني درد respirophysic chest pain ۲- دلومړني ناروغي کلنيکي لوحه وي ۳- سا ه لنډ ي هغه وخت وي چي دمايع اندازه د ۵۰۰ملي ليترو څخه زيات شي ۴- ټوخي

علا يم :

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- سينه په تفتيش سره بلجينګ وي .۲- په تنفس کي لږ برخه اخلي ۳- سينه غير متناظر وي ۴- په جس سره تکتيل فريميتوس کم شوي وي ۵- په قرع سره سينه ډ ل وي او ريسونانس کم شوي وي ۶- تنفسي اوازونه ښکته يا نه اوريدل کيږي ۷- دپلورا مايع دپاسه Egophony اوريدل کيږي ۸- Pleural friction rub اوريدل کيږي (که ا يفوژن نه وي) ۹- منصف بيځا يه شوي وي ۱۰- د ايفوژن داسبابو ننبي وي ۱۱- د فشاري اتيليکتازس له کبله برانشيل بريت اواز اوريل کيږي

پتوفزيالوژي له نظره د پلورال ايفوژن ډ ولونه:

1. transudate: د کپيلريو نفوذ يه قابليت نارمل وي ،ها يد روستاتيک فشارلوړ وي او انکوتيک فشار ښکته وي ،غير التهابي وي
2. Exudative: د د کپيلريو نفوذ يه قابليت لوړ وي ،ها يد روستاتيک فشارښکته وي او انکوتيک فشار لوړ وي ،التهابي وي
3. Parapneumonic: اکزوداتيف ډول څخه دي چي د نمونيا له کبله پيدا کيږي
4. **Empyema**:په دي حالت کي سپين شيدو په شان ما يع وي که مايع دوامداره ډول کيښودل شي دخيرني مايع له پاسه يو بل سپين طبقه ښکاري چي دسپين حجراتو څخه جوړ شوي وي يعني مايع دوه پوړه وي
5. **Chylous effusion**: په دي حالت کي سپين شيدو په شان ما يع وي که مايع دوامداره ډول کيښودل شي دوه طبقي نه جوړيږي د کايلو ميکران او ترايګليسيرايد اندازه د **100mg/dl**څخه پورته وي ، د توراسيک ډکت د څيري کيدو له امله مينځته راځي .
6. **Hemorrhagic plural effusion**:د وينې او پلورايي مايع مخلوط څخه عبارت دي چي په يو ملي متر پلورايي مايع کي لس زره سره حجرات وي . او که سل زره سره حجرات وي د ګراس نزفي ايفوژن په نوم يا د يږي
7. **Hemothorax**: که دپلورا په جوف کي ښکاره وينه وي چي د تروما له کبله وي . په دي حالت کي د پلورا دمايع هيما توکريت او د محيطي وينې هيما توکريت نسبت د ۰۵ څخه

(c) ketabton.com: The Digital Library

زیات وي ، په دي حالت کي مایع تخلیه شي ، توراکوتومي اجرا کیږي ، که تخلیه نه شي د برانکو پلورال فستول لامل کیږي

لابراتواری معاینات:

اکزو داتیف مایع اوصاف :

- ***Light's criteria***

1. د پلورا د مایع پروتین اوسیروم پروتین نسبت د **0.5** څخه زیات وي
2. د پلورا د مایع **LDH** او سیروم **LDH** نسبت د **0.6**څخه زیات وي
3. د پلورا دمایع ال.ډي . ایچ د سیروم د نارمل لوړ اندازي څخه ۳/۲ په اندازه لوړ وي
4. د پلورا د مایع کولسترول **60mg/dl** څخه زیات وي .
5. دسیروم البومین او پلورا مایع البومین نسبت د **1.2mg/dl** څخه کم یا مساوي وي

ترانسوداتیف پلورال ایفوژن اوصاف :

1. د اکزوداتیف پلورال ایفو ژن د لابراتواري مایعناتو بر خلاف وي
2. ګلو کوز یي دسیروم سره مساوي وي
3. پي ایچ یي د ۷.۴۰او ۷.۵۵ تر مینځ وي
4. دسپینوحجراتو شمیر یي په یومایکرولیتر کي د $10^5 x10$څخه کم وي چي زیا تره یي مونو نیوکلیر حجرا ت وي

DIFFERENTIAL CELLS:

1. **نتروفیل** : که د پلورا په مایع کي د نتروفیل شمیرد ۵۰٪څخه زیات وي په حاد انتان دلالت کوي چي په لاندي حالاتوکي وي ۱- پارا نمونیک ایفوژن ۲- د سږو امبولي ۳- پانکراتایتس

(c) ketabton.com: The Digital Library

2. **مونوسيت** : که مونوسيت يا کوچني لمفوسيت شمير د ۵۰٪ څخه زيا ت وي مزمن انتان ښئ لکه سرطان اوتبرکلوز
3. **ازونوفيل** :که د ازونوفيل شمير ۱۰٪څخه زيا ت وي په لاندي حالاتو دلالت کوي ۱- د پلورا په جوف کي هوا يا وينه وي ۲- د دوا رياکشن (لکه نايترو فورانتين برومو کربتين) ۳- **asbestos** ۴- **paragonimiasis** ۵- **Churg–Strauss syndrome.**
4. د پلورا دمايع دګلوکوز اندازه: که دګلوکوز غلظت د **60 mg/dl** څخه کم وي په لاندي نا روغ دلالت کوي: ۱- اختلا طي پارا نمونيک ايفوژن ۲- سر طاني ايفوژن ۳- هيمو توراکس ۴- تبر کلوز ۵- روما تويید پلورال ايفو ژن ۶ **Churg–Strauss syndrome** ۷- لو پوس ا يفو ژن **paragonimiass**
5. د پلورا دمايع د **Lactate Dehydrogenase** اندازه:
   a. زيا توالي : د التهابي د رجي زيا توالي ښئ : کموالي يي دالهابي درجي کموالي ښئ
6. سا يتو لوژيک ما يعنات دسرطان لپاره تر سره کيږي
7. دتبرکلوزيک پلورال ايفوژن لابراتواري ننبي:
   1. لمفو سايت حجرات وي
   2. ۴۰٪څخه کموپيښو کي کلچرمثبت وي
   3. **adenosine deaminase (>40 U/L) (99.6% sensitive and 97.1 % specific))**
   4. **Interferon gama (>140 pg/ml)89% sensitive and 97% specific comparable to ADA**
   5. **the PCR for mycobacterial DNA – definitive for TB.**

- **pH**:
  1. که پي ايچ د ۷.۳۰ څخه کم وي د ريناژ استطباب لري

(c) ketabton.com: The Digital Library

1. که پي ايچ د۷.۲۰ څخه کم وي د لاندي حالاتو ښو دنه کوي : ۱-
malignant effusion -۲ **parapneumonic effusion**

دپلورا دمايع نورتستونه:

1. **Amylase** لوړوي :۱- **pancreatic disease** ۲- . **esophageal rupture** ۳-
Adenocarcinoma of lung
2. **antinuclear antibody** لوړوالي : **lupus pleuritis**
3. **rheumatoid factor** لوړوالي :**rheumatoid pleuritis:**

راډيولوژي:

1. د سږو کثافت نظر اوبو ته کم دي نو ځکه په ايفوژن کي سږي د اوبو له پاسه وي .
2. **Subpulmonary pleural effusion** کي د د يا فراګم زروه وحشي خو اته بي ځا يه کيږي او کوستو فرينيک زاويه ما يل کيږي . په چپ طرف کي د معدي د هوا او سږي تر مينځ فاصله د د وو سانتي مترو څخه زيات وي .
3. ۷۵-۱۰۰ملي ليتره ما يع دولاړي په حالت کي د را ډ يو لوژي په جنبي منظره کي ښکاري او که د ما يع اندازه ۱۷۵- ۲۰۰ملي ليتره وي دولاړي په حا لت په قدامي منظره کي ښکاري
4. راډ يو لوژيک معا ينا ت:
5. د **CT scan** ارزښت: د سږو لومړني ناروغي پري معلوميږي په دي کي لس ملي ليتره مايع ښکاري . کم تر کم يو سانتي متره مايع په پروت وضعيت کي د توراسنتيزس پو اسطه تخليه کيداي شي .

د **ultrasonography** ارزښت:

۱- **loculated pleural effusions** ۲- **iloculated effusions** ۳- جا مده کتله وي ۴- د دي معاينې په واسطه د لوکوليتيد (کپسول شوي ايفوژن) تو راسنتيزس ښه اسانيږي .

د **MRI** ارزښت :

(c) ketabton.com: The Digital Library

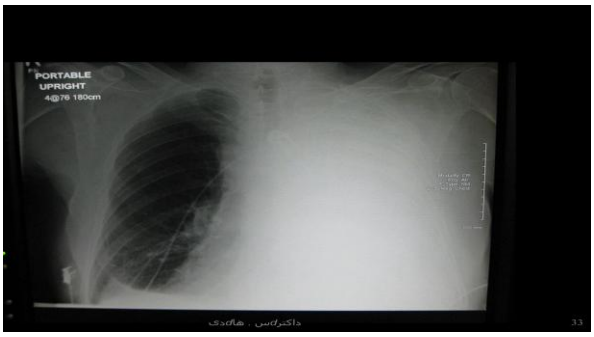
۱- پلو رال ايفوژن معلوموي ۲- پلو را تومورمعلوموي ۳- که دسيني ديوال دسرطان پواسطه تر برید لاندي وي معلوموي ۴- دپلورال ايفوژن د ترکيب دمشخصاتو په اړوند معلومات ورکوي ۵- دهيمو راژيک ايفوژن عمر معلوموي .

تشخيصيه توراسنتيزس :

دا په هغه حالت کيږي چي د ايفوژن سبب معلوم نه وي تر سره کيږي

- دزړه دعد م کفا يي پلورال ايفوژن: ۱- دوه طرفه وي ۲- دواړو خواوو ته په يوه اندازه وي ۳- نا روغ تبه او دسيني د رد نه لري ۴- دا يورتيک په واسطه تد اوي کيږي
- **Thoracentesis** استطبابات: ۱- قلبي تنفسي تشوشات وي ۲- د وه طرفه وي ۳- دسړو حاده ازيما وي ۴- ثانوي انتان وي ۵- تبه او سيستميک اعراض وي ۶- هيمو راژيک ايفو ژن وي ۷- کلا ويکولاپوري رسيدلي وي ۸- قيح وي ۹- نفس تنګي وي
- **Thoracentesis** مظا د استطبابات : ۱- ناروغ انتي کواګولانت اخلي ۲- نزفي تشوشات وي ۳- مايع کم وي ۴- د پوستکي انتانات وي ۵- ناروغ ميخانيک تهو ي لاندي وي چي دلته د نموتوراکس د پيدا کيدوخطر وي
- د تورا سنتيزس څخه وروسته د سيني درادیو ګرافي اسطبابا ت: ۱- که دعملي د اجرا په وخت کي هوا د پلورا په جوف کي وي ۲- توخي پيدا شي ۳- د رد پيدا شي ۴- ساه لندي پيدا شي
- **Thoracentesis** اختلاطات: ۱- دسيني درد ۲-نزف (هيماتوما ،هيموتوراکس،هيمو پريتونيوم) ۳-نموتوراکس ۴- ايمپيما ۵- رخوه انساجو انتان ۶- دتوري اوئيګر سوري کيدل ۷- وازو واګل سنکوپ ۸- دتومور انتشار ۹- د پلورا په جوف کي دکتيتر يوه برخه پاتي کيدل ۱۰- دليدوکائين په مقابل کي رياکشن

(c) ketabton.com: The Digital Library



درملنه:

1. -Thoracentesis:دستني په واسطه دپلورا د جوف مايع تخليه کيږي چي په هر ځل ۱۲۰۰-۱۵۰۰ملي ليتره مايع ايستل کيږي
2. Antibioticsکه چيري انتاني وي انتي بيوتيک توصيه کيږي
3. Chest tubeکه هوا او مايع موجود وي د دي لاري تخليه کيږي
4. Pleurodesisدپلورا په جوف کي کيمياوي مواد لکه دوکسيسيکلين اچول کيږي ترڅو التهابي عکس العمل لکه سکار نسج توليد شي چي حشوي اوجداري پلورا سره ونښلوي
5. سببي ناروغي تداوي شي
6. که ايفوژن ترانسو د يت وي سببي تداوي شي
7. اکزو داتيف ايفوژ ن هم سببي تداوي شي
8. که ايفوژن اعراضي وي تخليه شي
9. غير اختلاطي ايفوژن دانتي بيوتيک سره ښه کيږي

اختلاطي ايفوژن لکه امپيما د د ريناژ او انتي بيوتيک درملني سره ښه کيږي ۱- Tube thoracostomy ۲- Fibrinolytics ۳- Thoracoscopy ۴- Open thoracostomy ۵- Decortication

Malignant pleural effusion

هغه ايفوژن چي دسرطان په سيرکي پيدا کيږي . تداوي يي په لاندي ډول دي . ۱- thoracentesis ۲- tube thoracostomy; ۳- pleurodesis.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د تيوب توراکوستومي استطبا بات:۱- که د پلورا مايع د ګلوکوز اندازه د ۶۰ ملي ګرامه في د يسي ليتر څخه کم وي ۲- که پي ايچ د ۲.۷ څخه کم وي ۳- ا ل ډي ايچ د ۱۰۰۰ يونت في ليتر څخه زيات وي.

د پلورال ايفو ژن تفريقي تشخيص:

۱- د د يا فراګم څخه لپاسه ناروغي ۲- ضخيم پلورا ۳- امپيما ۴- هايدرو توراکس ۵- لوبر نمونيا ۶- دسړو فا يبروزس ۷- دسړو کتلوي کولاپس ۸- دبرانکسونو تومور ۹- پر يکاردیل ايفوژن ۱۰- کار ديو ميګالي ۱۱- هيدا تيک کيست ۱۲- د يا فراګم لاندي ابسي ۱۳- دځيګر ابسي

پارا نمونيک ايفوژن:

1. غير اختلاطي پارا نمونيک ايفوژن : هغه حالت دي چي اکزو دات معقم وي، ګرام ستين او کلچر منفي وي ،التهابي بدلونونه (لکه مايع دګلوکوز ، پي ايچ او ال ډي ايچ) نارمل وي يوازي د انتي بيوتيک سره ښه کيږي
2. اختلاطي پارا نمونيک ايفوژن :

a. په دي حالت کي د پلورا په جوف کي انتان وي او التهابي بد لونونه وي لکه د ما يع دګلوکوز ۶۰ملي ګرام في د يسي ليتر څخه کم وي ، پي ايچ يي ۷.۲څخه ښکته وي ، ال ډي ال يي ۱۰۰۰يونت في ليتر څخه لوړ وي .

b. د دي حالت درملنه ستونزمن دي ، که تداوي نه شي د fibropurulent pleura (peeling or trapping pleura)سبب کيږي چي سړي خپل دنده دلاسه ورکوي او د دايمي معيوبت لامل کيږي

c. Empyema

EMPYEMA

هغه حالت ته وايي چي د پلورا کي ښکاره قيح او انتان موجود وي ګرام ستين او کلچر مثبت وي

1. اختلاطي پلورال ايفوژن دي .
2. ناروغ کي تبه وي او د نمونيا اعراض دوامداره کيږي د تداوي سره اعراض له مينځه نه ځي

(c) ketabton.com: The Digital Library

3. لومړي وخت کي مايع روښانه وي WBC >500 cell/µL، gravity >1.08 ، protein > 2.5 g/dL، ph < 7.2، LDH 1000 IU/L خخه لوړ وي

وروسته مايع خيرن کيږي WBC 15000 ، ph < 7.0 ، glucose < 50 mg/dL، LDH > 1000 IU/L

اسباب :

Streptococcus ، *Staphylococcus aureus* , *Streptococcus milleri group* *pneumoniae*، *anaerobic bacteria*، د pleural empyema خطری فکتورونه يي عبارت دی له الکوليزم ، ددواګانو کارول ، HIV infection, neoplasm دسړو ناروغی .

د Empyema سيستيميک اوموضعی تظاهرات:

۱-د حشوي پلورا نکروزس۲- برانکو پلورال فستول ۳- دجداري پلورا اوسيني جدار نکروزس ۴- د پښتيو او ستون فقرات اوستيو ميا ليتس ۵- دمري فستول ۶- ميتاستاتيک ابسي لکه د ماغ ته

تشخيص :

۱- دسيني راديو ګرافي ۲- سونوګرافي چي تورا سنتيزس ته لارښود هم دي ۳- دمايع انا ليزس ۴- بد بويه مايع په ان ايروبيکانتان کي وي

- تفريقي تشخيص يي د سړو ابسي او برانکو پلورال فستول سره کيږي

تداوي :

انتي بيوتيک دانتا ن کنترول لپاره(کليندا مايسين يوازي يا دريم جنيريشن سپالوسپورين سره يوځايي ورکول کيږي) ،تخليه اودريناژ دي

د پلورا په د ننه کي فا يبرينولايتيک د وا اچول:

- که د پلورا په جوف کي امپيما وي فايبرينو لايتيک د وا لکه ستروپتو کا ينيز په جوف کي اچول کيږي

(c) ketabton.com: The Digital Library

- که د پلورا په جوف کي د فايبرينو لايتيک اچولو سره ښه والي پيدا نه شو نو tissue plasminogen activator and deoxyribonuclease (DN ase) . اچول کيږي تر څو خارج حجروي ډ ي ان آي کتا ليز شي او بايو فلم له مينځه لاړ شي چي د دي په واسطه د رينا ژ اسا نيږي او جراحي تد اوي ته ضرورت کميږي
- خلاص د ريناژهم ترسره کيږي .

Pneumothorax

تعريف :

1. د پلورا په تشه کي دهوا توليدو ته وايي چي دلاندي لارو له کبله دپلورا په جوف کي هوا راټوليږي
   a. دسږو څخه دسوري شوي حشوي پلورا دلاري
   b. د سيني دجدار څخه دباندي دلاري دخيري شوي سيني جدار دلاري ، دمري دفستول دلاري او يا د څيري شوي بطني احشاوو دلاري
   c. د امپيميا په حالت کي د ګاز توليدونکي مايکرو ارګانيزم په واسطه.

Primary spontaneous pneumothorax:

1. دنامعلوم علت له کبله پيدا کيږي
2. کيداي شي چي د apical sub-pleural bleb دخيري کيدو له امله وي
3. د ويمي نمو توراکس د COPD، استما ، کيستيک فبروزس ، د حيض په وخت کي catamenal نموتو راکس په نوم يا ديږي

Secondary spontaneous pneumothorax:

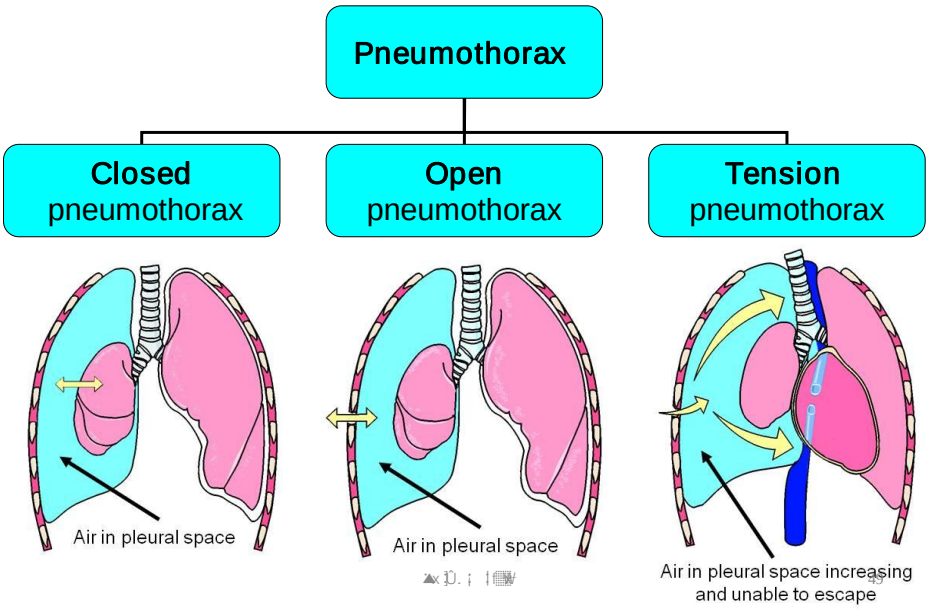
– اسباب يي دسږو لاندي ناروغي دي: ۱- کا ويتي افت ۲- دسږو کيست ۳- امفيزيما توز بولا۴- نوماتوسيل .

TRAUMATIC PNEUMOTHORAX:

(c) ketabton.com: The Digital Library

اسباب يي عبارت دی له :نفوذيه جروحات،دپلورامايع داسپيريشن اختلاط،پلورال بايوپسی ،برانکوسکوپی او مثبت فشار وينتيليشن .

پتالوژی



Closed pneumothorax	Open pneumothorax	Tension pneumothorax
څيري شوي پلورا تړل شوي وي	څيري شوي پلورا خلاص وي	څيري شوي پلورا د توپ يا با يسيکل د وال په شان ميکا نيزم لري يعني هوا داخليږي لاکن بيرته خارجيداي نه شي
د پلور ا دجوف فشار د اتومسفير دفشار څخه ښکته وي	د پلور ا دجوف فشار د اتومسفير فشار سره مساوي وي	د پلور ا دجوف فشار د اتومسفير فشار څخه زيا ت وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

دبنفسهي نموتوراکس کلنيکي لوحه:۱- د سيني پلوراي د رد د فعتا پيل کوي ۲- ساه لنډي ۳- تکيپنيا ۴- تکي کارد يا ۵- د سيني تناظر خراب وي (ماوف طرف بلج وي) ۶- ما وفه طرف کي تنفسي اوازونه ښکته وي

دنومو توراکس اختلا طات :

۱- دبنفسهسي نموتوراکس متکرر حمله ۲- تنشن نوموتوراکس ۳- ها يد رو نمو توراکس ۴- کيست شوي نمو توراکس ۵- د نموتورکس څخه دهوا دليري کيدو څخه وروسته سړي په کولاپس ډول پاتي کيدل ۶- دسړو دانبساط څخه وروسته دسړو ازيما ۷- برانکو پلورال فستول ۸- نمو مېډ ياستتونوم

– سيني راديوګرافي :۱- دسيني توروالي زيات وی ۲- په تنشن نمو توراکس کي مېډ ياستين روغ خواته بيځا يه شوی وی ۳- حجاب حاجز ښکته شوي وي ۴- سړي کولاپس شوي وي

TENSION PNEUMOTHORAX

په دي حالت کي دسيني د جدار ترضيض د تو پ د وال پشان ميکا نيزم لري يعني د اتو مسفير څخه هوا د پلورا جوف ته دننه کيږي خو بيرته هوا د وال له کبله وتلي نه شي

د تنشن نموتوراکس پتو فزيا لوژي:۱- داخل پلورا جوف فشار زيات وي ۲- ما وفه طرف سړي کولاپس کوي ۳- مري ، زړه ، ابهر او ترخيا مقابل لور ته تيله شوي وي ۴- تهو يه او دزړه دهانه خرابيږي

دتنشن نموتوراکس کلنيک:۱- شد يد ساه لنډ ي وي ۲- تر خيا بيځا يه شوي وي ۳- د زړه دهانه کم شوي وي ۴- دغاړي ور يد پړ سيدل وي ۵- تنفسي او د زړه حرکات زيا ت شوي وي ۶- دويني فشار ښکته وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

را د يولوژي: ۱- منصف بيځايه شوي وي ۲- ماوف طرف د يا فراګم هموار وي ۳- سږي کولاپس شوي وي

درملنه: ۱- اکسيجن ورکړل شي ۲- سينه کي تيوب کيښودل شي ۳- دواړه پلورا وصل شي ۴- جراحي توراکوتومي شي

(c) ketabton.com: The Digital Library

BRONCHOGENIC CARCINOMA

1. اعراض او علايم : نوي ټوخي وي او يا مزمن ټوخي وی ،ساه لنډی،وينه لرونکي بلغم ، بي اشتهايي او دوزن کميدل وی .
2. د سيني راديوګرافي او سي تي سکن کي : نوډ ول يا کتله لويږي ،دوامداره کثافت وي ،اتيلکتازس ،پلورال ايفوژن وی .
3. سايتولوژيک او هستولوژيک معا ينات : بلغم معاينه ،دپلورا ما يع ،بايوبسي

هستوپتالوژيک ډولونه:

1. برانکوجينيک کارسينوما ۹۰٪ د سږو لومړني کنسر دي
2. اسکواموز سيل کارسينوما(۲۰٪) دبرانکسونو داپيتيليوم څخه منشه اخلي
3. ادينوکارسينوما (۳۵-۴۰٪)
4. برانکو الويولر سيل کارسينوما (۲٪) Adenocarcinoma in situ
5. Large cell carcinoma (3-5%)
6. Small cell carcinoma (10-15%)

اسبا ب:

1. سګرټ څکل .۲- محيطي فکتورونه :تنبا کو څکل ،راډ ون ګاز.۳- اسبيتوزس (زياتره سګرټ څکلو کي وي) .۴- فلزات :ارسينيک ،کروميم ،نيکل ،اکيسيدايزيد اوسپنه .
2. صنعتي کارسينوجن : بسکلوروميتايل ايتر
3. کورني تاريخچه

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. دسړو ناروغي : دسړو فايبروزس ،سي او پي ډي ،سارکويد وزس ،

اعراض او علايم	
توخی	8-75%
وزن بايلل	0-68%
نفس تنګی	3-60%
د سينی د رد	20-49%
وينه لرونکی بلغم	6-35%
دهډو کو درد	6-25%
د ګوتو کلاببينګ	0-20%
تبه	0-20%
ضعيفی	0-10%
دسفا ژ يا	0-2%
ويزينګ او سترايدور	0-2%

د ميتاستازس **کلينيکي لوحه**

دتاريخچي اعراض:

- سيستيميک اعراض :

1. **weight loss > 10 lb**
2. **Musculoskeletal** :
3. **focal skeletal pain**
4. **Neurologic:**
5. **headache , syncope , seizures , extremity weakness**

(c) ketabton.com: The Digital Library

علایم

1. Lymphadenopathy(>1cm)
2. Hoarsness ,
3. superior vena cava syndrome
4. Bone tenderness
5. Hepatomegaly (13> cm span)
6. Focal neurologic signs
7. papilledems
8. Soft – tissue mass

لابراتواري تستونه:

1. Hematocrit:<40% in men , <35% in women,
2. Elevated alkaline phosphatase , GGT ,SGOT and calcium levels-

دسيني راديوګرافي:

۱- lobar collapse ۲- pleural effusion ۳- pneumonitis ۴- elevation of the hemidiaphragm hilar ۵- . mediastinal adenopathy erosion of ribs or vertebrae

د CT ګټی:

۱- دسږو او منصف کتله معلومول ۲- د میتاستا زس تعینول

- برانکوسکوپي :۱- هستولوژیک تشخیص ایږدي ۲- د بیوپسي پواسطه هستولوژیک تشخیص او لمف نوډ ،ځیګر ته ، هډوکواو هډ وکو مخ ته میتاستا زس معلوموي .

اختلاطات :

دسږو کنسر نوروبرخو ته میتاستاس :

1. Esophageal compression (dysphagia)
2. Laryngeal nerve paralysis (hoarseness)

(c) ketabton.com: The Digital Library

3. Sympathicnerve paralysis Horner's syndrome (enophthalmos, ptosis, miosis, and anhidrosis)
4. Cervical/thoracic nerve invasion(Pancoast syndrome)
5. pleural effusion(Lymphatic obstruction)
6. Vascular obstruction SVC syndrome
7. Pericardial/cardiac extension effusion, tamponade

سندرومونهParaneoplastic:

1. Secreation inapropriated of antidiuretic hormon(SIADH) Hyponatremia
   a. ACTH-producing tumors – (cushing syndrome) Small cell-Hypokalemia
2. PTH – Squamous cell – Hypercalcemia

اعراض)زړه بد والي ,کانګي ، د ګیډ ي د رد ,قبضیت ,پالي یوریا ,تنده ، شعوري حالت خرابوالي

3. Calcitonin زیاتوالي
4. Gonadotropinزیاتوالي
5. Serotonin زیاتوالي

Skeletal–اختلاطات :

1. Clubbing - 30%
2. Hypertrophic primary osteoarthropathy - 1–10% adenocarcinomas).
3. Periostitis

د پوستکي تظاهرات :

a. Dermatomyositis
b. Acanthosis nigricans
c. polymyositis

عصبي تظاهرات :

1. Myopathic syndromes
2. Myasthenic Eaton-Lambert syndrome and retinal blindness .
3. Peripheral neuropathies

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. Subacute cerebellar degeneration
5. Cortical degeneration
6. Polymyositis

د و ینې تظاهرات :

-Migratory venous thrombophlebiti (Trousseau'ssyndrome),
-Nonbacterial Thrombotic (marantic) endocarditis with arterial emboli,
-Disseminated intravascular coagulation
-Thrombotic disease complicating cancer is usually a poor prognostic sign.
Hypocalcemia

د پښتورګو تظاهرات :

- Nephrotic syndrome
- Glomerulonephritis

Eaton-Lambert syndrome.

-Autoimmune responses
-Proximal muscle weakness, usually in lower extremities,
--Rarely - cranial nerve symptoms
- depressed deep tendon reflexes

دسږو دکنسرد میتاستازس سلنه:

1. Adrenals - ~50% of cancers
2. Liver – 30-50%
3. Brain – 20%
4. Bone – 20%

تشخیص :

۱- د تومور تعینول ۲- دتومور نوعیت معلومول ۳- دتومور ستیژ معلومول

درملنه:

۱- جراحي ۲- کیموتراپي ۳- شعاعي درملنه ۴- امیونولوژیک د رملنه

جراحي درملنه :

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- لومړي او د ويم مرحله جراحي تداوي کيږي ۲- د ريم مرحله وروسته دجراحي د رملني څخه شعاعي د رملنه کيږي

کيمو تراپي :

۱- کوچني تومور کيموتراپي سره د رملنه کيږي

د کيموتراپي اختلا طات : انيميا ، لوکوپينيا ، انتا نات،زړه بدوالي ، کانګي ،کاردیو توکسیک ، دمثاني هيموراژيک التهاب او محيطي نيوروپا تي .

شعاعي درملنه :

دهډوکو د رد ،سپينل کارد باندي فشا رلري کولو لپاره ،برانکسونو انسداد اود پورتني وريدي اجوافو سند روم درملني لپاره کارول کيږي ،

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

PULMONARY THROMBOEMBOLISM

مسا عد ونکي فکتورونه:

1. هوايي امبولي (عصبي جراحي ،مرکزي وريد کتيتر).
2. امنيوتيک مايع امبولی (وروسته دولاد ت څخه).
3. شحمي امبولي (داوړدو هډوکو کسرڅخه وروسته).
4. داجنبي اجسام امبولی(دقرحي په وخت کي د تالک زرقيدل).
5. د پرازيت هګي امبولی(شيستوزوميازسس).
6. سپتيک امبولي(حاد انتاني اند وکاردايتس).
7. تموري حجراتوامبولی(د پښتورګو د حجراتو کنسر).
8. دسفلي اطرافو وريدي ترومبوزس .
9. د ژورو وريدونوترومبوزس(DVT (Deep Vein Thrombosis).
10. ۵۰-۷۰٪ دسړو دامبولي منشه دسفلي اطرافود ژورو وريدونوترومبوزس((DVT).

Virchow's Triad

– ۱- وريد ي رکود ت : د بي حرکتي سره زيا تيړي لکه د بستر استراحت ،وروسته دعملياتو څخه،چاغي او ستروک)

– ۲- هايپر کواګوليشن: ۱- دويني لزوجيت زيا توالي (پولي سايتيميا) ۲- مرکزي وريدي فشار زياتوالي (قلبي دهاني کموالي،حاملګي) ۳- دواګاني لکه دخولي دلاري د حاملګي ضد د واګاني ۴- خباثت او جراحي ۵- دپروتين اس او سي کموالي ۶- ها يپر هوموسيستينيميا

۳- داوعيو دجدار زخمي کيد ل : تروما او جراحي

دسړو دامبوليزم اغيزي:

۱- داوعيو انسداد: انسداد د فيزيو لوژيک (death space (wasted ventilation د زياتوالي لامل کيږي چي د بني څخه چپ خواته شنټ دلاري دهايپوکسيا سبب کيږي

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲- دنيوروهمورال عکساتو له کبله وازو کنستريکشن پيدا کيږي
۳- کتلوي امبولي د ښي زړه عدم کفايي لامل کيږي .
۴- د زړه دهانه کميږي
۵- دسرفکتانت د کموالي له امله اتيلکتازس مينځته راځي
۶- فيزيو لوژيک برانکوکنستريکشن د ويزينګ او تنفسي کارزياتوالي لامل کيږي
۷- هايپر وينتيليشن وی .
۸- وينتيليشن او پرفيو ژن نسبت نا مساوي وي (پرفيوژن کميږی اووينتيليشن زيات وی)

هيمو ډاينا ميک بدلونونه:۱- دسړو داوعيو فشار لوړيږي ۲- په ښي زړه باندي افتر لود زياتيږي ۳- د دوراني کولپس او شاک لامل کيږي

کلينيکي لوحه:

۱- ساه لنډي ۲- تکي کا رد يا ۳- هيما پتيزس ۴- هايپوکسيميا ۵- ټوخي ۶- ناڅاپي مړينه ۷- د زړه ټکان ۸- ګنګسيت ۹- دتبي ښښي ۱۰- ويزينګ ۱۱- کريپيټيشن

دسړو دلوړ فشار ښښي : ۱- دغاړي وريدونه برجسته وي ۲- په ريوي ساحه کي د ويم اواز لوړ وي ۴- ګا لوپ ريتم اوريدل کيږي ۵- ښي بطين بلج وي

- د وريدي ترومبو امبوليزم کلينيک :

د سړو دکتلوي امبوليزم کلينيک :۱- د سنکوپ او پري سنکوپ ناڅاپي پيل ۲- د ويني فشار کموالي ۳- شديد هايپوکسيميا ۴- ناڅاپه د زړه د ريد نه

Deep VeinThrombosis۱:- د پښو د رد ۲- ګرم والي ۳- پړسوپ

Acute Pulmonary Embolism:۱- نفس تنګي ۲- د سيني د رد

pulmonary infarction :۱- د سيني پلوروتيک د رد ۲- پلورال رب ۳- وينه لرونکي بلغم

لابراتواری معاينات :

۱- EKG

(c) ketabton.com: The Digital Library

a. سينوس تکي کار د يا
b. acute cor pulmonale
   i. S1, Q3, T3 pattern
   ii. Right BBB
   iii. P-wave pulmonale
   iv. Right Axis Divesion(RAD)

۲- **CXR** ښه تشخيصه ارزښت نه لري:دنوروناروغيود ردولو لپاره کارول کيږي

۳- شرياني وينې ګازات:

1. اکسيجن ښايي نارمل وي
2. دشرياني وينې اکسيجن اوداسناخودشرياني اکسيجن متفاوت وي
3. که چيري هايپوکسيا د سړو د نارمل راډيو ګرافي سره وي د سړو په امبوليزم باندي دلالت کوي

۴- د پلازما د **D- dimer** اندازه :

– دا يو کميتي ۹۵-۹۷٪حساسه معاينه ده چې اندازه يې د (300-500ng/ml(300-500mcg/L) ده اود enzyme linked immunosorbent assay(ELISA)په واسطه اندازه کيږي

۵- **serum troponin I,troponin T** او **B- type natriuretic peptide (BNP)** اندازه لوړ وي .

۶- **CT –scan - Helical CT pulmonary angiography**

۷- **ventilation perfusion lung scaning**

۸- **Pulmonary scintigraphy**

۹- **Pulmonary angiography**

تشخيص :

دسړوترومبو امبوليزم دتاريخچې ،فيزيکي معاينې اولابراتواري معاياتو په واسطه کيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

تفريقي تشخيص:

۱- Acute MI ۲- Unstable angina ۳- Pneumonia ۴- Bronchitis ۵- Exacerbated COPD ۶- CHF ۷- Asthma ۸- Primary pulmonary HTN ۹- Rib fracture ۱۰- Pneumothorax ۱۱- costochondritis

درملنه:

۱- انتي كوواګوليشن:

- APE(Acute pulmonary embolism):

درګ دلاري د LMW heparin اويا د ستند رد UF heparin سره انتي كواګوليشن شي په دي شرط چي مضاد استطبا ب ونه لري .وارفارين به په اول ورځ دخولي دلاري پيليږي او تر ۶مياشتو پوري دوام ورکول کيږي . INRبه په ۲.۵-۳اندازه کي به ساتل کيږي . د ستند رد هيپارين سره apttهر ۶ ساعته بعد معاينه شي ترڅو چي aptt=1.5-2.5X controlته ورسيږي په دي وخت کي دبيا ځلي سړو امبوليزم خطر کميږي .د D-dimerداندازي سره د انتي كواګوليشن د وام معلوميږي .

۱- ترومبو لايتيک درملنه : Streptokinase,urokinase,recombinant tissue plasminogen activitor(rt-PA;altepase) دوي دپلازمين اندازه لوړه وي تر څو چي داخلوعايي ترومبين مستقيما ً لايز کړي

دترومبولايتيک مضاد استطباب:۱- داخلقحفي نزف ۲- تازه جراحي عمليات ۳- فعال نزف ۴- انوازيف پروسيجر ۵- حاملګي

په ښکتني وريدي اجوافو کي فلتر کيښودل :

داپه هغه وخت کی ايښودل کيږی چی دانتی کوواګولانت مضاد استطباب وی او دسړو امبوليزم يا DVT لپاره شديد خطری فکتورونه موجود وی .همدارنګه دمتکرر امبوليزم خطر موجود وی .

امبوليکتومی :

(c) ketabton.com: The Digital Library

په نادروپیښوکی چی انتی کوواګولانت مضاد استطباب وی اوناکام شی دجراحی عملی یا میخانیکی عملی په واسطه امبولی ایستل کیږی .

Thromboendarterectomy:

دجراحی عملی په واسطه انسدادی امبولی او ورسره دبند شوی شریان دداخلی پوښ یو برخه ایستل کیږی .

انزار:

مقدم تشخيص او تداوي سره انزار بنه وي

حاملګي : ۱- په بنکتني وريدي اجوافو کي فلتر کيښودل شي ۲- امبولايتيکتومي

(c) ketabton.com: The Digital Library

IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS(IPF)

*Idiopathic pulmonary fibrosis (IPF)*دا د سږو ځنډ ي زیاتید ونکی دبین الخلالی نسج فبروزی نمونیا څخه عبارت دی چی علت معلوم نه دی ،لومړی ځل په پاخه عمر خلکو کی پیدا کیږی چی دهستولو پتالوژی او راډیو لوژی له نظره د*usual interstitial pneumonia (UIP)* سره تړاو لری .

کلنیکی لوحه :

کلینیکی لوحه یي د زیاتره ریوی او زړه ناروغیو کلینیکی لوحو سره ورته دی .دتمرین سره ساه لنډی او یا وچ ټوخی د۶میاشتو څخه زیاته موده کی په وروورو ډ ول پیل کوی ،۵٪ ناروغان اعراض نه لری .غیر معمول سیستیمیک اعراض یي عبارت دی له وزن کمیدل ، لږه د رجه تبه ،ستومانتیا ،بی علاقگی ، د بندونو د رد او دعضلاتو د رد څخه. د ناروغ په فیزیکی معا ینه کی د دواړو سږو په قاعده کی کریپیټیشن *(Velcro crackles)* اوریدل کیږی ، *Digital clubbing (25-50%)*، *20-40%* کی استراحت په حالت کی دسږو فشار لوړ وی ،د پلمونارى دسام په ساحه کی دزړه دویم غږ لوړ اوثابت تضاعف وی ، *holosystolic tricuspid regurgitation murmur*، دښنګړو ازیما وی . دسږو حرکات کم شوی و ی

هستولوژی :

۱- داسناخو دجدارحجروی انفلتریشن ،پلنوالی ،فبروزس او دنتروفیل موجودیت .

۲- دنتروفیل ،ازونوفیل او مکروفاژونوڅخه اوکسیدانت مواد ازادیږی چی دانساجو دتخریب لامل کیږی او فبروزس مینځته راځی .

تشخیص :

د ناروغ څخه د د رملو ، د ندی ،تنفسی مخرش توکو ،او *HIV* تا ریخچه پوښتنه وشی . د تشخیص لپاره کلینیکی ،لابراتواری ، رادیولوژی او پتالوژیک معایناتو سره ارتباط ورکړل شی .

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواری معاینات :

عادی معاینات د ***(IPF)*** په تشخیص کی ارزښت نه لری . هغه تستونه چی د سږو دبین الخلالی نسج ناروغیو په ردولو کی وړه لری عبارت دی له *Antinuclear antibodies*او *rheumatoid factor titers*په ۳۰٪ *IPF* ناروغانو کی مثبت وی که تایتر ي لوړ وی د منضم نسج ناروغی ښیئ ، *C-reactive protein level* او *erythrocyte sedimentation rate* لوړ وی خو د ***(IPF)*** په تشخیص کی ارزښت نه لری ،*Complete blood cell count* او *polycythemia*ناد ر وی ،ځنډ ني ها ییوکسیا معمول وی ، دسږو وظیفوی تستونه غیر وصفی وی ، دسږو د نفوزیه ظرفیت کم شوی وی ، که ناروغ ۶ دقیقی پیاده قدم وهلو کی د اکسیجن غلظت ۸۸٪ څخه کم شی د مړيني د زیاتوالی خبر ورکوی .

رادیولوژیک معاینات :

High-resolution computed tomography (HRCT) scanning د ***(IPF)*** تشخیص حساس او وصفی معا ینه دی چی په دی معاینه کی نقطوی محیطی سب پلورال او دواړو قاعدو کی شبکوی کثافت لیدل کیږی .

د سینې راد یو ګرافی تشخیصه ارزښت نه لری . په محیط کی شبکوی کثافتونه وی زیاتره دسږو په قاعده کی دشاتو مچی ځالی په شان ښکاری .

Transthoracic echocardiography:د دی پواسطه دسږو هایپرتنشن معلومیږی .

برانکوسکوپی .

بایو پسی .



- دسږو فایبروزس

(c) ketabton.com: The Digital Library

د رملنه :

د *idiopathic pulmonary fibrosis* درملي سره نور ضمیموی ناروغی لکه *COPD*، *obstructive sleep apnea, gastroesophageal reflux disease, and coronary artery disease*

تداوی شی . نور درملنه په لاندی ډول دی

تنباکو پریښودل شی ،هایپوکسیا تداوی شی ،د انفلو انزا او نموکاکل نمونیا لپاره واکسین شی

پرید نیزولون ،معا فیت ځپونکی د رمل (ازاتا یو بورین ، سایکلو سپورین)،

- *Tyrosine kinase inhibitors (eg, nintedanib)*
- *Antifibrotic agents (eg, pirfenidone)* توصیه کیږی .
- دسړو پیوند هم ترسره کیږی

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

RESPIRATORY FAILURE

حاده تنفسي عد م كفايه:

تعريف :

هغه حالت څخه عبارت دي چي دتنفسي سيستم د ندي په كي خرابيږي لكه اوكسيجنيشن ،تهويه اود كاربن داي اكسايد اطراح . په شد يد حا لت كي حياتي اعضاوي هم متاثره كيږي .

هايپوكسيا هغه حالت ته وايي چي دشرياني وينې اكسيجن اندازه د ۶۰ملي متر سيما بو(7.8kpa) څخه ښكته شي .

هايپر كپنيا هغه حالت ته وايي چي د شرياني وينې كاربن داي اكسا يد اندازه د ۵۰ملي متر سيمابو (6.5kpa) اندزي څخه پورته شي .

ويشنه :

الف: Type 1 Respiratory Failure (Acute Hypoxemic Failure)

هغه حالت ته وايي چې paCO2 نارمل او paO2 ښكته وی . PH نارمل يا ښكته وی . HCO3 نارمل وی .په دی حالت كی پرفيوژن خراب وی .

ب: Type 2 Respiratory Failure 0r Ventilator Failure

هغه حالت ته وايي چې paCO2 لوړوی او paO2 ښكته وی . PH ښكته وی . HCO3 نارمل وی .په دی حالت كی وينتيليشن پرفيوژن تناسب خراب وی .

اپيديمولوژی :

دتنفسی سيستم دعدم كفايي او دنژاد تر مينځ اړيكی تر اوسه پوری تر خبرو اترو لاندی دی .دتنفسی عدم كفايي پيښدل داسيا يی اودهند د اصلی اوسيدونكو ترمينځ توپير نشته . Moss and Mannino داسی راپور وركړی چی په افريقايي امريكانو كی د ARDS انزار نظر سپين پوستو ته زيات خراب وی .

(c) ketabton.com: The Digital Library

اسباب:

i. د هوايي لارو ناروغي :۱- استما ۲- سي او پي ډي ۳- دفرنکس، لرنکس او ترخيا انسداد ۴- د سږو ازيما ۵- دسږو دپرانشيم ناروغي ۶- نمونيا ۷- دسږو بين الخلالي انساجو ناروغي
ii. دسږو داوعيو ناروغي :۱- ترومبو امبوليزم
iii. دسيني دجدار ، ديافراګم او د پلورا ناروغي
iv. عصبي عضلي ناروغي ګولين بار سندروم ،پولي ميا ليتس .
v. مرکزي عصبي سيستم ناروغي
vi. کاربن داي اکساید توليد زيا توالي لکه تبه انتا نات او اختلا جات.

دهايپوکسيا کلنيکي لوحه:

۱- ساه لنډي ۲- سيانوزس ۳- ناراحتي ۴- دماغي خړپړ تيا ۵- خفګان ۶- هزيان ۷- تکيپنيا ۸- تکي کاردیا ۹- ها يپرتنشن ۱۰- برادي کاردیا ۱۱- قلبي اريتميا ۱۲- رعشه

دهايپر کپنيا کلينيکي لوحه:

۱- ساه لنډي ۲- سردردي ۳- داوعيو توسع ۴- داخل القحفي فشار زيا توالي ۵- پوپيل ازيما ۶- تکي کاردیا ۷- ها يپر تنشن ۸- خوبوړي دماغي حالت او کوما ۹- تنفسي اسيد وزس ۱۰- د ستر ګو دمنظمي سور والي ۱۱- استريکزس

درملنه:

د تنفسي عد م کفايي درملنه په لاندي ډول دي

i. د تنفسي عد م کفايي دسبب درملنه .
ii. دتنفسي محافظوي د رملنه ترڅو چي د ګازاتو تبا دله په ښه شان صورت ونيسي .
iii. عمومي محافظوي درملنه .

(c) ketabton.com: The Digital Library

تنفسي محافظوي د رملنه : ۱- غير تهويوي تنفسي محا فظوي درملنه (**non ventilatory supportive care):**

1. دها ييوكسيميک تنفسي عد م كفايي د تداوي لومړني موخه حياتي اعضاووته داكسيجن رسول دي په دي تر تيب چي شهيقي اكسيجن غلظت به د شر يا ني وينې د هيموګلوبين د غلظت څخه ښكته وي (شرياني وينې اكسيجن نارمل غلظت ۹۰يا ۹۰٪ (or ≥7.8kpa) po2 ≥ 60 mmgh) څخه زيا ت وي . لوړ غلظت اكسيجن كومه ګټه نه لري .
2. نارمل اكسيجن غلظت ناد راً په مزمن ها ييږ كپنيا كي د ها ييو وينتيليشن سبب كيږي .
3. د تنفسي اسيد وزس دپيداكيد و له ويري د اكسيجن وركول با يد ونه درول شي .
4. د تنفسي لاري په مزمن انسدادي ناروغي كي ها ييو كسيميا د لړ غلظت لرونكي اكسيجن پو اسطه د پوزي د كنولا (۱-۳ ليتره په يو ه دقيقه كي) او يا (-24) 40%venturl mask دلاري اصلاح شي
5. لوړ غلظت لرونكي اكسيجن په نمونيا او ARDS كي د هاييو كسيميا داصلاح لپاره توصيه شي .

۲- تهويوي محافظوي درملنه ventilator supportive care: تهو يوي محافظوي د رملنه د هوايي لارو د خلاص ساتلو او د اسناخو د وينتيليشن په موخه اجرا كيږي په داسي ډول چي دمخ د ما سک (غير مداخلوي يا نن ان واسيف) اويا د ترخيا ل انتوبيشن دلاري تر سره كيږي .

الف : بيدون د مداخلي څخه د لوړ(مثبت) فشارپه واسطه د وينتليشن اجرا كول (non invasive positive pressure ventilation)NPPV: دا عمليه د سي او پي ډي په هغه ناروغانو كي تر سره كيږي چي ها ييږ كپنيک تنفسي عد م كفايي باندي اخته وي اوخپل افرازات كنترولو لي شي او ماسک تحمل كولاي شي .مثبت فشار سره وينتيليشن د مخ يا پزي ما سک په واسطه تر سره كيږي . د دي كار ګټه دادي چي د انتيو بيشن ضرورت او په

(c) ketabton.com: The Digital Library

بيړني کوټه کي د پا تي کيد و موده کموي . ARDS ، acute lung injury او هغوي چي اکسيجنيشن يي ډ ير خراب دي د ا درملنه ورته دومره ګټه نه لري دوي بايد ميخانيک انتيو بيشن شي

ب: tracheal intubation : د دي عمليي استطبا بات په لاندي حالاتو کی دي :

1. دا کسيجن ورکولو سره سره بيا هم ها يپوکسيميا وي
2. پورتني هوايي لاري بند وي
3. د هوايي لاري محافظه خراب وي
4. هوايي افرازات نه پاک کيږي
5. تنفسي اسيد وزس وي
6. ناروغ ستومانه ، تکيپنيک وي ، شعوري حالت يي خراب وي
7. اضافي تنفسي عضلات په تنفس کي په کار اچول شوي وي
8. اپنيا وي
9. په عمومي ډول په بيړني پيښو کي دخولي او ترخيا دلاري انتو بيشن د پوزي او ترخيا انتو بيشن څخه ښه دي ځکه چي لومړني ميتود ژر اجرا کيږي او د ترضيضا تو لامل نه کيږي . د دي لپاره چي پو ه شو چي د اندو ترخيال تيوب څوکه دابهر دقوس په حذا کي دي با يد ژر تر ژره د انتو بيشن څخه وروسته دسيني ساده راد يوګافي واخيستل شي ا و دواړه سږي بايد اضغا شي چي ايا سږي دشهيق سره پر سيږي يا نه . د ترخيا دهغه تيو ب څخه کار واخيستل شي چي حجم يي زيات او فشار يي کم وي (۲۰ملي متره سيماب) ترڅوچي دترخيا مخاطي غشا ماوفه نه شي .

ج : **mechanical ventilation** : استطبا بات يي په لاندي حالاتو کی دي : ۱- اپنيا ۲- هغه ها يپر کپنيا چي دتداوي ۳- سره ښه نه شي . ۴- شد يد هايپوکسيميا ۵- پر مخ تللي ستومانتيا

(c) ketabton.com: The Digital Library

د میخا نیکي وینتیلیشن اختلاطات: ۱- اتیلاکتازس ۲- دپوستکي لاندي امفیزیما ۳- نمو میډ یا ستینیوم ۴- نمو توراکس ۵- سیستیمیک ګاز امبولیزم. ۶- حاد تنفسی الکالوزس۷- دپلورا لاندی دهوا کیست ۸- هایپوتنشن ۹- دتهویي له کبله نمونیا.

عمومي محافظوي څارنه:

1. دکاربوهید ریت اخیستل دکاربن داي اکساید تولید زیاتوالي لامل کیږي چي بلاخره هایپر کپنیا تشد یدیږي
2. دپوتاشیوم او فاسفوت کموالي دتنفسي عضلاتو دضعیفوالي له کبله ها یپو وینتیلیشن دتشد یدو سبب کیږي
3. سید اتیف هایپونو تیک او اوپیات په ښه سنجول شوی دوز ورکړل شي ترڅوچي انتوبیو شن دوامداره نه شي .
4. دنیورو مسکولار بلاک کونکو په واسطه تنفسي عضلات په ګذري ډول فلجیږي تر څو چي ښه انتو بیشن اجرا شي
5. دوامداره کورتیکوستريد ورکول د ما یوپاتي لامل کیږي
6. دناروغ سیکالوژیک محا فظه شي
7. دپوستکي د زخم څخه مخنیوي وشي
8. انتا ن درملنه شي
9. د ستریس ګاستریتس دمخنیوي لپاره سکرالفت ، ایچ ۲ ریسپتور انتا ګونست او پي پي اي توصیه شي . که ایچ ۲ ریسپتور انتا ګونست او پي پي اي د پي ایچ دلوړیدو سبب کیږي چي انتان ته لاره هواریږي
10. دژورو وریدونواو سړو امبولیزم دمخنیوي لپاره دپوستکي لاندي ۵۰۰۰یونته هیپارین دور ځي دوه ځله توصیه کیږي

انزار:

1. دتنفسي عد م کفایي انزار دتنفسي عد م کفا یي لومړني ناروغي پوري اړه لري .

(c) ketabton.com: The Digital Library

2. که دتنفسي عد م کفايي کي دسيداتيف او اوپيات دوز کم وي دناروغي انزار ښه وي .
3. که سي او پي ډي ناروغ کي ميخانيکي انتو بيشن ته ضرورت نه وي د تنفسي عد م کفا يي انزار ښه وي .
4. تنفسي عد م کفا يي سره سيپسيس وي انزار خراب وي ۹۰٪ مړينه لري .

ACUTE LUNG INJURY (ALI) (ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME(ARDS)

تعريف :

1. د تنفسي عد م کفايي حاد پيل دي .
2. په سږو کي د وه اړخيز کثافت وي .
3. په دي حالت کي دشرياني وينې اکسيجن او دشهيق شوي اکسيجن دغلظت فرکشن نسبت (Fio2) د ۳۰۰ملي مټره سيمابو څخه کم وي
4. په حاد ډول د هايپو کسيا پيل دي چي د سيستيميک او دسږو دحاد تخريباتو څخه له امله وي چې دزړه عد م کفايي څخه پرته پيدا شي .

اسباب:

سيستيميک افات : ۱- تروما ۲- سيپسيس ۳- پانکراتايتس ۴- شاک ۵- DIC ۶- سوځيدل

دواګاني : ۱ - اوپيات ۲- اسپرين ۳- فينو تيازين ۴- نايتروفوراتتين ۵- تراي سايکليک انتي د يپريسانت

د ARDSلپاره خطري فکتورونه: ۱- سيپسيس ۲- د معدي د محتوياتو اسپيريشن ۳- شاک ۴- انتا نا ت ۵- دسږو ترضيض ۶- غير صدري تروما ۷- توکسيک مواد و انشاق ۸- په نهر کي ډوبيد ل ۹- دو يني متعد د ترانسفيو ژن .

پتوفزيالوژي:

(c) ketabton.com: The Digital Library

1. که د دي سندورم علت هر څه وي لومړي د سږو دکپيلريو اند وتيليل حجرات او داسناخو اپي تيليل حجرات تخريبيږي .
2. د پورته حجراتو دتخر يب څخه وروسته داوعيو نفو ذيه قابليت زياتيږي او د سرفکتا نت تو ليد او فعاليت کميږي
3. د دي تشوشاتو له امله په اسناخو او بين الخلالي انساجو کي ازيما پيدا کيږي ، اسناخ کولپس کوي او هايپو کسيا مينځ ته راځي .

د ARDSدشدت درجه د شرياني ويني اکسيجنيشن له مخي تعينيږي:

1. خفيف ARDS :هغه حالت څخه عبارت دي چي د دشرياني ويني اکسيجن او دشهيق شوي اکسيجن دغلظت فرکشن نسبت (Fio2) د ۲۰۰او ۳۰۰ملي متره سيمابو تر مينځ وي . Pao2/Fio2 200-300mgHg
2. متوسط ARDS:هغه حالت څخه عبارت دي چي د د Pao2/Fio2 نسبت د ۱۰۰ او ۲۰۰ملي مترو سيمابو تر مينځ وي
3. شد يد ARDS: هغه حالت ته وايي چي د Pao2/Fio2 نسبت د ۱۰۰ ملي مترو سيمابو څخه کم وي .

کلينيکي لوحه:

۱- سا لنډي په چټکي او ژور ډول ۱۲-۴۸ ساعتو په موده کي پيليږي .۲- تکيپنيا ۳- زجرت ورکونکي تنفس ۴- بين الضلعي فاصلي دننه خواته کش شوي وي ۵- په فيزيکي معاينه کي دسږو په قاعده کي کريپيتيشن اوريدل کيږي

تفريقي تشخيص:

دسږو ازيما : په دي کي د سږو pulmonary capillary wedge pressure لوړ وي په داسي حال کي چي په ARDS لوړ نه وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخيص:

دسيني راديولوژي :

1. منتشر يا نقطوي دوه طرفه انفلتريشن وي چي ژر يو د بل سره ننبلي چي کوستو فرينيک زاويه مخشو شيږي هوايي برانکوګرام ۸۰٪ پيښو کي پيښږي .
2. دسړو دپورتني زون وريدي کنجيسشن غير معمول وي
3. دزړه سايز نارمل وي

پلورال ايفوژن کم يا نه وي

درملنه:

1. د اي ار ډي اس دتداوي لپاره لومړني ناروغي تداوي شي .
2. داختلاطاتو مخنيوي
3. دهايپو کسيا د درملني لپاره ترخيال انتيو بيشن شي او مثبت فشار ميخانيکي وينتيليشن تر سره شي ، دشرياني وينې د اکسيجن قسمي فشار د ۵۵ ملي متر سيمابو څخه لوړ وساتل شي ($Sa O_2$) دشرياني وينې مشبوع اکسيجن د ۸۰٪ څخه لوړ وساتل شي .
4. Fio2 د ۶۰٪ څخه ښکته وسا تل شي تر څو چي داکسين تسمم پيدا نه شي .
5. ملاستي وضعيت په ځينو ناروغانو کي اکسيجنيشن ښه کوي .
6. هيمو ډاينامیک او دمايعاتو مانيتورينګ په ډير پاملرني سره شي .
7. مخنيوي: کوم مخنيوي کونکي اهتما مات نشته .

انزار:

1. په اي ار ډي اس کي ۳۰-۴۰٪مړينه وي اوکه د سيپسيس سره يو ځاي وي ۹۰٪ مړينه لري ، متوسط عمر ۲هفتي دي

(c) ketabton.com: The Digital Library

2. دمړيني غوړه سبب لومړني ناروغي ،سيپسيس او دځو غړو ناکامي دي

(c) ketabton.com: The Digital Library

دسږو وظيفوي ناروغي:

دسږو زياتره حاد او مزمن ناروغي دکار په ځايي کي دمخرشو توکو دانشاق څخه پيدا کيږي

دسږو وظيفوي ناروغي په لاندي ډول دي .

1. Pneumoconiosis
2. Hypersensitive pneumoconiosis
3. Obstructive airway diseases
4. Pulmonary edema
5. Lung cancer
6. Pleural diseases

:ASBESTOSIS

اسبيتوزس د سږو د بين الخلالي انساجو فايبرونود ولر بدلونونو څخه عبارت دي چي دکار په ساحه کي د اسبيتوز فايبرسره د معروضيد و(ساختماني کارګرانوکي) له کبله د ۱۰-۲۰کالو په موده کي پيدا کيږي . اعراض يي عبارت دي له ساه لنډي ،شهيقي کريپيتيشن ،کلابينګ او سيانوزس څخه دي .د سږو راديولوژيکي ننبي يي عبارت دي له د سږو په قاعده کي خطي ارتشاحات وي ،مختلف شکله او سايز کثافتونه وي اوپه پرمخ تللي حالت کي دشاتو مچي ځا لي په شکل منظره وي . تشخيص يي دپلورا کلسيفيکيشن ايږدي ،ښه تشخيص يي د high resolution CT scanپه واسطه کيږي .

:SILICOSIS

دا په د وامداره ډول د سليکان داي اکساید دانشاق څخه مينځته راځي چي په سږو کي د ۰،۳-۵ملي سانتي مترو قطروپه اندازه نوډولونه وي چي په ټول سږو کي د کوچني ګرد کثافتونو په ډول ښکاري ،که دغه کثافتونه کلسيفيد شي د سږو د زروي په محيطي نوډولونو کي دهګي د پوټکي په شان ښکاري . سا ده سليکوزس بي اعراضه او د سږو وظيفوي تستونه

(c) ketabton.com: The Digital Library

نارمل وي او په شديد شکل کي ساه لنډي او د سږو تخريبي او انسدادي ناروغي مينځته راځي . د دي ناروغي پيښي په تبرکلوزيک سږو کي زيات وي نوځکه هر سليکوتيک ناروغ دتبرکلوز لپاره تست شي

PNEUMOCONIOSIS:

نموکونيوزس : دا د سږو يو مزمن فبروتيک ناروغي دي چي د غير عضوي دوړو دانشاق څخه مينځته راځي ، دا ناروغي دکلينيک له نظره غير اعراضي وي او يا شديد اعراضي وي او په سږو کي منتشر نوډولر کثافتونه وي . په نمو کونيوزس کي لاندي ناروغي شامل دي : ۱- Coal Worker's Pneumoconiosis ۲- Silicosis ۳- Asbestosis

Coal Worker's Pneumoconiosis:دانشاق شوي سکرود وړي د اسناخو د مکروفاژ په واسطه بلع کيږي چي د سکرود نوډ ول د جوړيدو لامل کيږي چي ۲-۵ملي متره قطر لري او د سږو په پورتني برخه کي د منتشر کوچني کثافتونوپه ډول دسيني په راديو ګرافي کي ښکاري

د دي ناروغي په ساده ډول کي ناروغ بي اعراضه وي او دسږو وظيفوي تستونه نارمل وي

دناروغي په شد يد ډول کي دسږو پرمخ تللي کتلوي فبروزس وي چي دسږو د پورتني برخي د راټوليدو لامل کيږي .

Caplan's syndrome: دا يو نادر ناروغي دي چي د سږو په محيط کي necrobiotic rheumatoid nodulesدي چي ۱-۵سانتي متره قطر لري په هغه کسانو کي وي چي روماتوييد ارتريتس لري او په سکارو کي کارکوي

Hypersensitivity pneumonitis:هايپر سنسيتيف نمونايتس (خارجالمنشه الرژيک الويولايتس) د سږو د نن اتو پيک نن استماتيک التهابي ناروغي په نوم هم يادیږي ، دا ناروغي هغه وخت مينځته راځي چي دکار په ځاي کي د انشاقي عضوي انتي جن سره معروض

(c) ketabton.com: The Digital Library

شی .که چيري نوموړي انتيجن دکار ساحي څخه لري شي ناروغي دبيرته ګرځيد ووړ دي .
دپتالوژي له نظره بين الخلالي انساجو کي لمفوسيت او پلازما حجرات انفلتريشن کوي .

الف : دحادي ناروغي کلينيکي لوحه :

تبه ، ناراحتي ، ټوخي، ساه لنډي اوزړه بدوالي د انتي جن سره معروضيد وڅخه ۴-۸ ساعته وروسته نا څاپه پيدا کيږي .

دا اعراض هغه وخت پيدا کيږي چي ناروغ د کارڅخه رخصت شي او يا ساه لنډي په حملوي ډول د شپي له خوا وي . په فيزيکي معاينه کي سيانوتيک وي دسږو په دواړو خواووکي کريپيتيشن او په زړه کي تکي کاردیا اوريدل کيږي .دسيني په راديو ګرافي کي د سږو په زروه او قاعده کي کوچني کثافتونه ليد ل کيږي .

دويني په معاينه کي د سپينوحجراتو شمير لوړ وي ،هايپوکسيميا وي او د مرضي عامل په وړاندي سيروم کي انتي بادي وي .

دسږو په وظيفوي معاينا تو کي د سږو وظيفوي تستونه محدود وي او د سږو نفوذ يه ظرفيت کم شوي وي .

ب: د تحت الحادي ناروغي کلينيکي لوحه :د تحت الحاد هايپر سنسيتف نمونايتس سند روم کلينيک عبارت دي له د ټوخي ځنډني پيل ،سا ه لنډي ورومينځته راتلل ،بي اشتهايي، وزن کميد ل او تنفسي عد م کفاييه څخه .د سيني په راد يو ګرافي کي سږي فبروتيک بڼکاري . دبا يوپسي په واسطه ناروغي تشخيصيږي .

:BERYLLIOSIS

دا دسږو دحاد يا مزمن ناروغي دی چی دسږو يا پوستکی دلاری د beryllium دجذب څخه پيدا کيږی .حاد BERYLLIOSIS توکسيک دی چی دberyllium سره دمعاروضيدو له امله د ulcerative tracheobronchitis او chemical pneumonitis لامل کيږی .ځنډنی

(c) ketabton.com: The Digital Library

BERYLLIOSIS یوسیستمیک ناروغی دی چی sarcoidosis ته چی ډیر معمول ناروغی دی ورته دی .په ځنډنی BERYLLIOSIS کی alveolitis د beryllium specific CD4 T-cells پرولیفیریشن په منځګړتوب مینځته راځی .

لابراتواری معاینات :

دسيني په رادیو ګرافي کي د سږو په زروه او قاعده کي کوچني کثافتونه او کلسیفیکیشن لید ل کیږي .دویني په معاینه کي د سپینوحجراتو شمیر لوړ وي ،هایپوکسیمیا وي او د مرضي عامل په وړاندي سیروم کي انتي بادي وي . دسږو په وظیفوي معایناتو کي د سږو وظیفوي تستونه محدود وي او د سږو نفوذ یه ظرفیت کم شوي وي .

دسږو دوظیفوی ناروغیو تشخیص :

دتاریخچی (مخرشو توکوسره دتماس ،دکار ځای ،اعراض او علایمو) لابراتواری معایناتو (دسینی رادیوګرافی ، سی تی اسکین)له مخی تشخیصیږی .

درملنه :

مخرش توکي وپیژ ندل شي او د بیا مخا مخیدلو څخه یي مخنیوي وشي . په شد ید مقاوم او حاد حالت کي پرید نیزولون دورځي ۰.۵ملي ګرامه نظر په کیلو ګرام وزن د بد ن په یو د وز دسهار له خوا د ۲ اونیو لپاره توصیه کوي ، دوز وروورو کمیږي بلاخره د ۴-۶ اونیو په موده کي بلکل قطع کیږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

دویم فصل

دزړه روماتیزمل ناروغی

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

ACUTE RHEUMATIC FEVER

تعريف :

دا سيستيميک معا فيتوي ناروغي دي چي دستوني د بيتا هيمولايتيک ستروپتوکوک انتان په پايله کي مينځته راځي .دناروغي نښي دانتان څخه ۲-۳ اوني وروسته کله يو اوني وروسته اوکله ۵اوني وروسته پيدا کيږي .

اسباب :

دروماتيک تبي سبب بيتا هيمولايتيک ستروپتوکوک انتان دي .چي دستوني دانتان په تعقيب مينځته راځي ،دپوستکي د دانتان په تعقيب مينځته نه راځي .

پتو جنيزس:

۱- دستروپتوکوک توکسيک محصولات (streptolysin S or O) انساج نيغ په نيغه ماوفوي ۲- Serum Sickness-likeغبر ګون د انتي جن انتي بادي کمپلکس له کبله مينځته راځي .۳- د ا يو اتو اميون پيښه دي .

وقوعات (INCIDENCE):

دناروغي پيښيدل په مخ پر ودي هيوادونو کي ۱۰۰په ۱۰۰۰۰۰ کسانو کي دي .داقتصادي حالت ښه والي ، دکوراو ښونځي ګڼ ګون کموالي او دفرنجيتس مقدم درملنه دناروغي پيښي کمي کړي .

اپيديمولوژي:

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ناروغي پيښي مخ پرودي هيوادونوکي ډيري دي چي په ټوله نړي کي دکال ۲۵۰۰۰۰ تنه ځوانان ددي ناروغي له کبله مري ، په امريکا کي پرته د مهاجروڅخه پيښي يي کمي دي. دا ناروغي د ۵ او ۱۵کلنو عمر تر مينځ پيښيږي ،مخکي د ۴کلني او وروسته د ۴۰ کلني څخه پيښي يي کمي دي

پتالوژي:

۱- داوعيو په شاوخوا ګرانولوماتوز غبرګون او وازکولايتس وي .۲- روماتيک کارديتس او د دسامونو التهاب ښايي پخپله ښه شي او يا وروپرمختګ وکړي چي د دسامونو دبد شکلي لامل کيږي .۳- په حاده مرحله کي ۷۵-۸۰٪ مترال دسام ، ۳۰٪ ابهر د سام (نادرا" يوازي اخته کيږي) او ۵٪ کي ترايکسپيد او ريوي دسامونه اخته کيږي . ۴- په عمومي توګه کارډايتس۳۰-۴۰٪ د روماتيک فيور په حاده مرحله کي پيدا کيږي .۵- د زړه ځنډني روماتيک ناروغي : د زړه روماتيک ناروغي د روماتيک تبي ديوي يا متکرر حملي په تعقيب مينځته راځي چي له کبله يي دزړه د دسامونو دکسپونو سؤي شکل ،دکميسورا وصليد ل ،لنډيدل او د کوردا تيندني وصليد ل دي چي ددي پتالوژيک بدلونونو له امله دزړه ددسامونو تنګوالي يا عدم کفاييه او يا دواړه يي په يو ځايي ډول پيداکيږي . دزړه په ځنډني روماتيک ناروغي کي يوازي دمترال دسام ۵۰-۶۰٪ ، دواړه د مترال او ابهر دسامونه يو ځايي ۲۰٪، ترايي کسپيد دسام ۱۰٪ ،خالص ابهر د سام ډير لږ اخته کيږي ،مګر دمترال يا ابهر دسامونواخته کيدل په متکرر انتان کي ډير معمول دي

کلنيکي لوحه:

۱- دوه لوي يا يو لوي او دوه کوچني نښي تشخيص ايږدي . ۲- ايکو په واسطه د دسامونو ابنارملتي معلوميږي .

لوي نښي (major criteria):

الف- **Carditis –**

(c) ketabton.com: The Digital Library

Endocardial-1 : ۱- دمترال يا ابهر د سام عد م کفاييه مر مر چي د دسام دحلقي پراخوالي ښي چي د دسام دالتهاب سره يو ځاي وي او يا نه وي ۲- -Short mid-diastolic murmur (Carey-Coombs) ښايي واوريدل شي ۳- د زړه داوازونو په کيفيت کي بدلون

Myocardial - 2

1. Tachycardia ان داستراحت په وخت کي
2. Arrhythmias
3. ectopic beats
4. Cardiomegaly- on physical exam, CXR or ECHO
5. Congestive cardiac failure – right or left sided

3 - **Pericardial** : ۱- Pericarditis ۲- Pericardial effusion

4 ECG Changes ۱- ۲- Changing contour of P waves ۳- Inversion of T waves Prolongation of PR interval

Erythema Marginatum: ۱- خارښت نه لري ۲- بي درده سره رشونه په تنه او يا نژدي نهاياتو لپاسه وي ۳- ماکولار افت وي چي څنډي يي جيګ او مرکزي برخه يي پاک وي کيداي شي چي د اوني څخه تر مياشت پوري دوام وکړي

Subcutaneous Nodules: ۱- زياتره دشديد کاردايتس سره يوځايي وي . ۲- څو اوني وروسته دناروغي دپيل څخه پيدا کيږي او ۱-۲ اوني دوام کوي ۳- سخت بي درده نوډولونه وي ۲سانتي متره قطر لري دسطحي هډوکواو اوتارو لپاسه وي (دمړوند بند ، زنګون بند ،لاس بند ،دملا دتير بندونه او اشيل اوتاروسره وي) دروماتوئيد نوډول څخه توپير يي ګران دي

Sydenham's Chorea: ۱- دا ډير لږ معمول دي ۳٪ پيښو کي وي د حاد روماتيک فيور سره يوځاي وي ۲- دا دمخ نهاياتو اوژبي غير ارادي کوري اتيتوئيد حرکات دي ۳- کله کله کيداي

(c) ketabton.com: The Digital Library

شي چي د روماتيک فيور يوازيني نښه وي ۴- انجونو کي زيات وي ،په ځوان هلکانو کي کم وي
۵- دخوب په وخت کي له مينځه ځي



JOINTS:

Poly arthritis and arthralgia :۱- مهاجروي وي ۲- لوي بندونه (زنګون ، انکل بند ،مړوندبند او دلاس بند) ۳- بندونه تود ،پړسيدلي او دردناک وي ۴- اوني دوام کوي 2-3 ۵- پرته دسۀي شکله څخه نښه کيږي ۶- اسپرين او نن سترئيد درد ضد درمل سره ژر نښه کيږي

Minor criteria:

الف:کلينيک : ۱- Fever ۲- Polyarthralgia ۳- دزړه ناروغي ، دحاد روماتيک تبي پخواني تاريخچه موجوديت .

ب: لابراتوار : ۱- Reversible prolongation of PR interval ۲- ESR لړوالي ۳- C Reactive Protein لړوالي ۴- throat culture Or rapid streptococcal antigen test +مثبت وي ۵- ASO titre لړوالي .

لابراتواري معاينات:

۱- Reversible prolongation of PR interval ۲- ESR لړوالي ۳- C Reactive Protein لړوالي ۴- throat culture Or rapid streptococcal antigen test +مثبت وي ۵- ASO titre لړوالي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

سير او انزار :

۱- لومړني حمله په ماشومانوکي مياشتي اوپه ځوانانوکي څواوني دوام مومي .ناڅاپي مړينه ۱-۲٪ دي .دومداره کاردايتس دزړه لويوالي سره اوزړه عدم کفائي دخرابو انزارو ښودونکي دي .

۲- ۳۰٪اخته ماشومان دلومړني حملي څخه ۱۰ کاله وروسته مړ کيږي .

۳- ۱۰ کاله وروسته دزړه دوالونو ابنارملتيي مينځته راځي

۴- ۱۰٪ کمو پيښو کي ديوي حملي دتيريدو څخه وروسته اعراضي دسامي ناروغي او کاردیومايوپاتي مينځته راځي :

تشخيص :

۱- کلنيکي لوحه ۲- د بيتا هيمولايتيک ستروپتوکوک لپاره دستوني دسواب کلچر ۳- د antistreptolysin O titer (ASOT) اندازه کول . ASOT په ۸۰٪ ناروغانو کي لوړ وي چي په حاد انتان باندي دلالت کوي .که چيري اندازه يي نارمل وي وروسته ديوي اوني څخه بيا تکرار شي .چي ښا يي لوړ وي ،او که لوړ نه وي Anti DNase B اندازه کيږي ددواړو ډولونه ټايټر تر اونيو يا مياشتو پوري لوړ وي .۴- ESR and C-reactive protein دناروغي په حاده مرحله کي لوړيږي چي دانساجو التهاب باندي دلالت کوي .همدارنګه دناروغي سير اوکنترول ښئي ،که اندازه يي کم شوي وي دناروغي ښه کيدو باندي دلالت کوي .ESR په انيميا کي لوړيږي او دزړه په عدم کفايي کي ښکته اوان نارمليږي .C-reactive protein اندازه دانيميا اوزړه عدم کفايي له کبله نه متاثريږي .۵- لوکوسايتوزس او TLC 12000-15000/mm2 دروماتيک تبي په حاده مرحله کي لوړ وي .خفيف او متوسطه اندازه انيميا وي چي نرومو سايتيک نرموکورومیک وي .۶- Chest X-Ray ښايي نارمل وي او که زړه غټ اودسړو ازيما وي د سړو دوازکولاريتي زياتوالي باندي دلالت کوي .۷- ECG :په ECG کي PR interval اوږد وي ،دزړه

(c) ketabton.com: The Digital Library

بلاکونه ،دپريکاردايتس او مايوکاردايتس ECG ننښئي وي .۸- ايکوکارديوګرافي : په ايکو کي دمترال دسام عدم کفايي (دمترال دسام پرولپس له کبله وي)، دزړه توسع ، ددسامونو ابنارملتي ، مايوکارديال دسفنکشن او دپريکارد ايفو ژن معلوميږي .

JONES CRITERIA:

۱- دوه لوي علايم يا يو لوي او دوه کوچني ننبي ۲- دستوني دستروپتوکوک پخواني انتان تاريخچه ۳- دستنوني دستروپتوکوک دانتا ن کلچر مثبت وي ۴- دستروپتوکوک انتي بادي تايټر لوړوالي ۵- درومانيک تبي / دزړه ناروغيو تاريخچه

تفريقي تشخيص:

۱- Rheumatoid Arthritis ۲- Poststreptococcal reactive arthritis: is non-migratory
۳- SLE ۴- Infective endocarditis ۵- Sickle Cell disease ۶- Drug reactions ۷- TB
۸- Lyme Disease ۹- Serum Sickness ۱۰- Surgical abdomen

درملنه:

الف : عمومي اهتماما ت :ناروغ ته تر هغه وخته استراحت وکول کيږي ترڅو چي لاندي حالات نارمل شي : ۱- حرارت درجه(دانتي بيوتيک داستعمال څخه پرته) ۲- سيد يمنت رټ ۳- پلس رټ ۴- دزړه ګراف .

ب: طبي اهتما ما ت :

1. Salicylates: سليسلات تبه کموي او دبندونودرد او پړ سوپ ښه کوي
2. Pencillin :Benzathine pencillin 1.2 ميلونه يو ځل دغوښي دلاري يا procaine pencillin 600.000يونټه دغوښي دلاري دورځي يوځل د ۱۰ ورځو لپاره

(c) ketabton.com: The Digital Library

3. عوضي درمل erythromycin 40mg/kg/B ورکول کيږي .

4. ج : corticostroids :داسي يو ثبوت نشته چي کورتيکوستروئيد دزړه د ناروغي په مخنيوي او يا کمولو کي اغيزه ولري . دلنډي مودي لپاره پريد نيزولون دورځي ۴۰-۶۰مليګرامه دخولي دلاري ورکول کيږي چي د ۲ اونيو په موده کي د وز کميږي . کورتيکوستروئيد هغه وخت ورکول کيږي چي د سليسلات سره ځواب ښه نه وي .

دروماتيک تبي دمتکرري حملي مخنيوي:

۱- اقتصادي ،اجتماعي او صحي حالت ښه کولوسره دروماتيک تبي دحملي دکميدو سبب کيږي .

۲- که ستروپتو کوک فرنجيتس په مقدم ډول تداوي شي دروماتيک تبي دحملي څخه مخنيوي کيږي . دروماتيک تبي تکرار په هغه کسانو کي زيات وي چي په مقدم ډول کاردايتس يي درلود او ماشومانوکي (۲۰٪ په دوي کي د۵کالو په موده کي دويم ځل تکراريږي). دمخنيوي لپاره ښه درمل بنزاتين پنسيلين جي 1.5ميلون يونټه دغوښي دلاري په مياشت کي يو ځل توصيه کيږي . دخولي دلاري پنسيلين 200.000-250.000يونټه دورځي دوه ځله لږ اغيزه لري .

۳- که ناروغ د پنسيلين سره حساسيت ولري (sulfisoxale)sulfadiazine يو ګرام دورځي يوځل يا erythromycine ۲۵۰مليګرامه دخولي دلاري دورځي دوه ځله توصيه کيږي .همدارنګه ازوترومائيسين هم موثر دي .که ناروغ سمد لاسه دپنسيلين سره حساسيت ونه لري سيفالوسپورين هم کارول کيداي شي . دناروغي بيا راګرځيدل دلومړني حملي څخه ۵کاله وروسته اود۲۵کلني څخه وروسته غير معمول دي .وروسته ددي مودي څخه وقايوي درملنه نه توصيه کيږي پرته دهغه کسانو څخه چي دستروپتو کوک زيات ترخطر لاندي دي لکه مور پلار ، دماشومانو معلم ،نرسان عسکر او داسي نور .دويمي مخنيوي دکاردايتس پيښيدو پوري اړه لري ،که کاردايتس نه وي په۲۱کلني کي وقايوي درملنه دريږي .که کاردايتس پيښ شوي

(c) ketabton.com: The Digital Library

وي خو والونه اخته شوي نه وي وقايوي درملنه دحملي څخه ۱۰کاله وروسته د رول کيږي اوکه دکاردايتس څخه وروسته د زړه والونه اخته شوي وي دحملي څخه ۱۰ کاله وروسته اويا تر۴۰کلني پوري وقايوي د رملني ته دوام ورکول کيږي که بيا دمعروضيدو خطر وي .
دروماتيک تبی لومړنی حمله په ماشومانو کی ممکن يو میاشت او په غټانوکی ممکن څواونی دوام وکړی .۲-۱٪ کی ناڅاپه مړينه وی .که کاردايتس ،دزړه عدم کفايه مينځته راغلی وی په خرابو انزارو دلالت کوی .

(c) ketabton.com: The Digital Library

MITRAL STENOSIS(MS)

اسباب :

۱ـ دزړه روما تيک ناروغي : دمترال دسام دستينوزس معمول لامل دزړه روماتيک ناروغي دي چي دروماتيزم له کبله دزړه والونه پلن کيږي ، کميسورا وصليږي ، کشيږي ، کوردا تنديني پلنيږي او وصليږي او په والونو کي کلسيوم ځاي په ځاي کيږي.

۲ـ په ولادي ډول کوردا تنديني وصل شوي وي او ياد پپيلاري عضلاتو خراب موقعيت وي .

۳- دمترال ددسام کلسيفيکيشن له کبله دمترال دسام شخيږي لکه په زړو کسانو او دپښتورګو په مزمن عدم کفائيه کي .

۴- دمترال ددسام انسداد په هغه کسانو کي چي دمترال دسام ترميم ئي دمترال annular ring سره شوي وي او يا په هغه کسانو کي چي دجراحي عملي په واسطه ددسام معوضه شوي وي (prosthetic valve replacement)

پتالوژي :

دمترال دسام دستينوزس معمول لامل دزړه روماتيک ناروغي دي چي دروماتيزم له کبله دزړه والونه پلن کيږي ، کميسورا وصليږي ، کشيږي ، کوردا تنديني پلنيږي او وصليږي او په والونو کي کلسيوم ځاي په ځاي کيږي

کلينيکي لوحه :

الف: اعراض ۱-- Exertional Dyspnoea: د ساه لنډي اسباب عبارت دي له دسږو درګونوفشار لوړ والي ،دسږو compliance کموالي ،دسږو داوعيواحتقان او بين الخلالي انساجو ازيما .

۲- Hemaptysis دويني لرونکي بلغم ډولونه عبارت دي له الف – sudden hemorrhage زيات نزف هغه وخت پيدا کيږي چي دچپ ازين فشار دلوړ والي له کبله متوسع نري شوي برانکسي وريد ځيري شي .ب- blood stained sputum د paroxysmal nocturnal dyspnea له کبله وي .ج- blood stained frothy sputum دسږو په ازيما کي چي د دسناخو جدار ورسره ځيري شوي وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

ليدل کيږي .د- blood stained sputum complicated chronic bronchitis احتقاني مخاطي غشا مزمن برانکايتس ته مساعد دي .

۳- chest pain- دسيني درد چي انجينا ته ورته دي د ښئي بطين هايپرتنشن او داکليلي اوعيو دامبوليزم له کبله وي .

۴- palpitationدازيني فبريليشن له کبله وي .

۵- Systemic Embolization دسيستمونو امبولي ، دسږو امبولي ،ستروک ،دمساريقي اوعيو امبولي ،دپښتورګو او دزړه انفارکشن دازيني فبريليشن له کبله وي .

۶- دښئي زړه عدم کفائيه د سږو لوړفشار او داوعيو مقاومت زياتوالي له کبله وي چي دکلينيک له نظره دغاړي وريدونه برجسته وي ،ځيګر لوي وي ،اسايتس ، دسفلي اطرافو ازيما او پلورال ايفوژن وي .

۷- Hoarsness : پراخه شوي کيږ ازين ،لوي شوي ترخيا اوبرانکس لمف نود او د سږو متوسع شوي شريان په لوي recurrent laryngeal nerve باندي فشار راولي چي داواز دخپ والي لامل کيږي .

۸- fatiguability, , orthopnea او paroxysmal nocturnal dyspnoae

اعراض دحاملګي او ازيني فبرليشن سره زياتيږي .په مترال ستينوزس کي دوه ډوله سندرومونه مينځته راځي .

۱- په خفيف او متوسط مترال ستينوزس کي : په دي حالت کي ازيني فشار او دزړه دهانه نارمل وي ،ناروغ بي اعراضه وي او يا دشديد تمرين سره اعراض پيداکيږي ، دمترال دسام قطر د 1.5cm2-1.0cm2 ترمينځ وي .

۲- شديد مترال ستينوزس : د دمترال دسام قطر 1.0cm2 څخه کم وي ،دسږو داوعيو ثانوي تنګوالي له کبله دسږو فشار لوړيږي خو دسږو ازيما غير معمول دي ، دزړه دهانه کم وي او دښي زړه عدم کفائي اعراض څرګنديږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

دمترال دسام ستينوزس علايم عبارت دي له :

په تفتيش کي malar flash ,pericardial bulging او منتشر نبضان وي .

په جس سره taping وي . (دلومړي اواز جس ته وايي) ،دياستوليک تريل دجس وړ وي ،اپيکس بيټ بي ځايه شوي نه وي .دمترال تضيق اضغايي علايم عبارت دي له :

۱- opening snap د A_2 څخه وروسته دشخ شوي مترال دسام دخلاصيدو له کبله اوريدل کيږي .۲- که ازيني فشار ښکته وي د opening snap او ابهر دسام اواز تر مينځ فاصله زيات وي، او که ازيني فشار لوړ وي فاصله لنډيږي . ۳- موضعي دياستوليک مرمر چي rumbling وصف لري اوريدل کيږي ،څومره چي ددسام تنګوالي زيات وي په همغه کچه دمرمر شدت لوړيږي . مرمر دزړه په اپيکس کي اوريدل کيږي ، مرمر هغه وخت واضح اوريدل کي چي ناروغ چپ وحشي خواته واړه ول شي . ۴- دزړه لومړي اواز لوړ وي ۵- په ۵۰- ۸۰٪ ناروغانو کي PAROXISMAL او يا مزمن ازيني فبريليشن اوريدل کيږي . څومره چي دزړه حرکات زياتيږي په همغه اندازه دازين دياستوليک ډکيدل او دمترال دسام تفاضل کميږي . ۶- که دزړه حرکات زياتيږي دسږو دازيما د پيدا کيدو خطر زيات وي ، نو ځکه دزړه حرکت کنترول ضرور دي . ۷- presystolic accentuation murmur دازيناتو تقلص له کبله اوريدل کيږي .۸- دسترنوم هډوکي کينې سرحد کي په طولاني ډول د pansystolic murmur اوريدل دترايکسپيد دسام د عدم کفايي له کبله وي کوم چي دښئي بطين دتوسع له کبله پيدا شوي وي .۹- Graham –Steel Murmur دا يو early diastolic murmur دي چي په ريوي دسام په ساحه کي دريوي دسام عدم کفايي له کبله کوم چي دسږو هايپرتنشن له کبله مينځ ته راغلي وي اوريدل .۱۰- pansystolic murmur که په مترال دسام په ساحه کي واوريدل شي دمترال دسام عدم کفايي باندي دلالت کوي .

تشخيصه معاينات :

۱- ECG

په ECG کي دپي موجه په V1,2 کي پراخه او باي فيزيک وي ،او که دسږو فشار لوړ وي دپي موجه لوړه اونوک تيزه وي ، دزړه محور ښئي خواته بي ځايه شوي وي او ښئي زړه هايپرتروفي وي.

۲- راديوګرافي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

دسيني په رادیوګرافي کي دچپ ازين دلويوالي له امله دزړه چپ سرحد مستقيم ښکاري ، ريووي هايپرتنشن وي او که دمترال دسام کلسيفيد وي ښکاري

۳- ايکو کارديوګرافي :

ددي پواسطه ناروغي تشخيصيږي او دپوستکي دلاري د والو پلاستي استطباب ايښودل کيږي .

۴- دزړه کتيترازيشن هغه وخت تر سره کيږي چي داکليلي اوعيو يا مايو کارد ناروغيو سره يو ځاي وي

تفريقي تشخيص :

1. *Cor Triatriatum*
2. *Left atrial myxoma*
3. *Ball valve thrombus*
4. *Endocarditis*
5. *Massive mitral annular calcification*

اختلاطات :

۱- Atrial Fibrillation ۲- Systemic Embolization ۳- Pulmonary Hypertension
۴- Pulmonary Infarction ۵- Chest Infection ۶- Infective Endocarditis ۷-
Tricuspid Regurgitation ۸- Right Ventricular Failure

درملنه :

غير اعراضي ناروغان دحاملګي سره اعرضي کيږي . دمتوسط او شديد مترال ستينوزس ناروغان مخکي دحاملګي څخه اصلاح شي ، که دناروغ اعراض شديد وي دحاملګي په دريم تراي مستر کي Balloon valvulasty اجرا کيږي . ازيني فبريليشن هم اعراض زياتوي بايد دزړه ريتم کنترول شي ، څرنګه چي دازيني فبريليشن اختلاط سيستيميک امبولايژيشن دي نو لازمه دي چي ان دريتم دکنترول سره يوځاي ناروغانو ته انتي کواګولانت (وارفارين) توصيه شي ،په ٪۲۰-۳۰ ناروغانو کي دتداوي سره ازيني فبريليشن بيرته ګرځي .

دجراحي تداوي استطبابات عبارت دي له:

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- دسړو ازيما ۲- دتمرين کولو قدرت کموالي ۳- دسړو فشار لوړ والي لکه دسړو سستاليک فشار د ۵۰ ملي متر سيمابو څخه لوړ وي ۴- دمترال د دسام قطر د $1.5-1.0cm^2$ترمينځ وي . اوس خلاص مترال کوميسوراتومي نادراً تر سره کيږي . دپوستکي دلاري بالون والووپلاستي دتداوي ښه ميتود دي . د لسو کالو مطالعاتو څخه داڅرګند شوي چي د جراحي درملني او والوو پلاستي درملني د نتيجي تر مينځ کوم توپير موجود نه وو .دوال معاوضه هغه وخت اجرا کيږي چي دوال ستينوزس د عدم کفائي سره يو ځاي وي او يا په ايکو کي دمترال ددسام نمبري د۸-۱۰ څخه زيات وي . دپوستکي دلاري مترال والو پلاستي سره مړينه کمه ده (۰.۵٪څخه کمه)او وقوعات ۳-۵٪ دي .د جراحي له کبله مړينه کم دي .

که چيري دوالف مارفولوژي ښه وي متکرر بالون والف پلاستي اجرا کيداي شي . دجراحي عملياتو په وخت کي که ماز عمليه وکارول شي دمتکرر ازيني اريتميا پيدا کيدو څخه مخنيوي کيږي .

دمترال ميخانيکي پروستيتيک والف کي دترومبوز خطر نظر دابهر پروستيتيک والف ته زيات دي . bioprosthetic valve وروسته د۱۰-۱۵ کالو څخه ديجنيريد کيږي نو دپوستکي دلاري بالون والف پلاستي که ستينوزس مينځته راغلي وي ګټه نه لري .داندوکاردايتس لپاره ناروغان وقايه شي .

دمترال ستينوزس ناروغان کال په کال دايکو او معاينې په واسطه مانيتور شي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

MITRAL REGURGITATION (MITRAL INSUFFICIENCY)

اسباب :

دمترال دسام دعدم کفايي ځنډني اسباب :

دمترال دسام عدم کفائي اسباب عبارت دي له روماتيک ناروغي ، مترال دسام پرولپس ،کارديو مايوپاتي او ځخه flail leaflet . IHD,Hypertensive heart disease, dilated cardiomyopathy,aortic valve disease

دمترال دسام دعدم کفايي حاد اسباب :

۱- مايوکارد انفارکشن ۲- انتاني اندوکاردايتس

ابنارمل فزيالوژي :

دمترال دسام عدم کفائي کي په زړه باندي بار زياتيږي (پري لود زياتوالي) او افتر لود کميږي . په نتيجه کي چپ بطين لويږي او ايجيکشن فرکشن هم ورسره زياتيږي .که ناروغي ځنډني شي دواليوم لود دزياتوالي له کبله دزړه تقلصي دنده کميږي ،ايجيکشن فرکشن کميږي په پايي کي end systolic volume زياتيږي .

کلنيکي لوحه :

دمترال دسام حاده عدم کفاييه کي چپ ازين لوي نه وي ، که عدم کفاييه شديد وي دچپ ازين د ناڅاپي فشار لوړوالي سره دسږو ازيما پيدا کيږي . دمترال دسام مزمن عدم کفاييه کي چپ ازين په تدريج سره لويږي او حجم يي زياتيږي نوځکه دسږو دکپيلاريواو وريدونو فشار هم ورو ورو لوړ يږي او په تدريجي ډول ناروغ ته دتمرين په وخت کي ساه لنډي او ستومانتيا پيدا کيږي .

دمترال دسام په ځنډني عدم کفائيه کي دچپ ازين اوچپ بطين لويږي چي په پاي کي دازيني فبريليشن لامل کيږي .

دکلينيک له نظره پان سيستاليک مرمر اوريدل کيږي چي شدت يي په اپيکس کي زيات وي ، تخرګ خواته انتشار کوي کله کله دزړه قاعدي خواته هم انتشار مومي ، دچپ بطين نبض

(c) ketabton.com: The Digital Library

هايپرډاينامیک وي شدت ئي کاروتئيد شريان خواته وي ، دزړه دريم غږ په چپ بطين باندي دبار زياتوالي له کبله وي . که دمترال دسام عدم کفائيه دمترال دسام دپرولپس له کبله وي په دي ډول که ددسام خلفي برخه پرولپس کړي وي مرمر قدام خواته انتشار کوي اوکه ددسام قدامي برخه پرولپس کړي وي دمرمر انتشار خلف خواته وي .

تشخيصيه تستونه :

الف - ECG:

۱- Bifide P wave د کين ازين هايپرتروفي له کبله وي . ۲- دکين بطين دهايپرتروفي نښي ۱- په V6 او I ليډ کي د R Wave Tall ۲- په V1,V2 ليډونو کي ژوره S موجه وي . ۳- S wave in V1+R wave in V6=>35mm ۳- دښئي بطين دهايپرتروفي نښئي .

ب- ايکوکارديوګرافي :

په ايکو کي دمترال دسام دعدم کفائي سبب معلوميږي ، دچپ بطين سايز او دنده ، چپ ازين سايز ، دسږو دشريانو فشاراو دښئي بطين دنده معلوميږي او دتداوي پلان په اړه معلومات ورکوي . دډاپلار ايکو په واسطه د وال دعدم کفاي شدت معلوميږي .دTEEپه واسطه ددسام دعدم کفايي علت معلوميږي .ج- B-type-natriuretic –peptide(BNP) په واسطه دچپ بطين دسفنکشن معلوميږي که سيروم مقدار يي د 105pg/ml څخه زيات وي دزړه عدم کفايي باندي دلالت کوي . او که کم وي دزړه عدم کفاييه رديږي ح- د MRI, په واسطه دنارغي سبب معلوميږي خ- دزړه کتيتيريزشن په واسطه دچپ بطين دندي ، دزړه دهانه او ريوي شريان فشار معلوميږي .د- دسي تي سکين په واسطه دزړه دوالونو په ناروغي کي داکليلي اوعيو ناروغي معلوميږي .

ذ- Chest –X-Ray :

دسيني په راديوګرافي کي چپ ازين ،چپ بطين لوي ښکاري ،دسږو ازيما او دپلورا ايفوژن .

ر- Cardiac Catheterization :

ددي په واسطه ددسام عدم کفايي ارزيابي او هيموډاينامیک تشوشات معلوميږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخيص :

تشخيص دکلينيک او تشخيصه معاينا تو په واسطه کيږي .

تفريقي تشخيص :

1. *Aortic Regurgitation*
2. *Aortic Stenosis*
3. *Complications of Myocardial Infarction*
4. *Mitral Stenosis*
5. *Mitral Valve Prolapse*
6. *Pulmonic Regurgitation*
7. *Pulmonic Stenosis*
8. *Ventricular Septal Defect Surgery in the Pediatric Patient*

اختلاطات :

1. ***Heart failure.***
2. ***Atrial fibrillation.***
3. ***Pulmonary hypertension***

تداوي :

دجراحي تداوي استطبابات : ۱- اعراضي ناروغانو کي ۲- ايجيکشن فرکشن ۶۰٪ څخه کم شوي وي ۳- چپ بطين توسع کړي وي (په ايکو کي اند سيستوليک فاصله د ۴ سانتي متروڅخه زيات وي) .

که دمترال دسام دعدم کفايي سبب غير روماتيک ناروغي لکه انفارکشن ،اندوکاردايتس او هايپرتروفيک کاردیو مايو پاتي وي په چټکي سره جراحي درملنه کيږي ..

(c) ketabton.com: The Digital Library

MITRAL VALVE PROLAPS SYNDROME(*(MVP)*

تعريف :

که دمترال دسام دسستول په وخت کي په کين ازين کي په محدب ډول وپړسيږي دمترال دسام دپرولپس په نوم يادیږي .همدارنګه د floppy mitral valve or myxomatous mitral valve په نوم هم يادیږي . MVP په ښځو کي دنارينوو په شان معمول دي . د MVP په خفيف شکل کي mid systolic click وي او ورورو دمترال دسام دعدم کفايي خواته پرمختګ کوي .

اسباب:

۱- دمترال دسام myxomatous degeneration

۲- Rheumatic Fever

۳- Marfan Syndrome, Ehlers Danlos Syndrome

۴- Osteogenesis Imperfect

۵- Periarteritis Nodusa

۶- Myotonic Dystrophy

۷- Hyperthyroidism

کلينيکي لوحه :

الف: اعراض :

۱- مترال پرولپس زياتره بي اعرضه وي ۲- خو کيداي شي اعرضي شي لکه د سيني درد(تمرين سره ارتباط نه لري او دحليموي عضلاتوابنارمل کشش له کبله وي) ،ساه لنډي ،ستومانتيا او زړه تکان ،سنکوپ او ناڅاپي مړيني سره يوځايي وي . ۳- دکورداتيندني دبنفسهي ځيري کيدو له امله دمترال دسام دحادي عدم کفايي لامل کيږي .

ب- علايم :

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- mid systolic click اوريدل کيږي. دا دپرولپس شوي دسام دغزول شوي کورداتيندني دناڅاپي کشش له کبله پيدا کيږي .ناروغ بايد په ستون ستاغ ،ناستي او په چپ ډډي پريوتي حالت کي معاينه شي . که ليف ليتونه يو دبل سره خوله په خوله ښه رانه شي دکليک څخه وروسته late systolic murmur اوريدل کيږي

۲- pansystolic murmur (mitral regurgitation) څومره چي دمترال دسام عدم کفايه تشديديږي په همغه کچه مر مر دسيستول په ټوله صفحه کي اوريدل کيږي .که چپ بطين کوچني وي او دپرولپس درجه زياته وي نواضغايي علايم دولاړي په حالت کي او د valsalva مانوري په وخت کي تشديديږي

۳- دويني فشار نارمل وي .

۴- زياتره ناروغان ښځي وي ،ډنګر وي ،سکليټي ابنارملتيي لکه (pectus excavatum or scoilosis) ولري.

اختلاطات :

۱- infective endocarditis

۲- rupture of chordate tendenea causing sudden sever MR

۳- progressive MR

۴- Arrhythmia and sudden death

تشخيصه معاينات :

ECG – 1:

نارمل وي ، اريتميا وي لکه (PSVT)، ازيني او بطيني پريماچور بيټ وي .بلاکونه او بطيني تکي اريتميا وي .

۲- ايکوکارديوګرافي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

مترال دسام پرولپس دايکو په واسطه تشخيصيږي . څرنګه چې دمترال دسام پرولپس دابهر دجذر ناروغيو سره يوځاي وي ،که په راديو ګرافي کي دابهر دتوسع موجود وي دتشخيص لپاره سي تي سکن يا MRI angiography تر سره شي

درملنه :

۱- که اعراض نه وي ناروغان هر ۵-۳کالو کي ارزيابي شي .

۲- بيتا بلاکر په لږ دوز دهايپرډاينامیک حالت کي داريتميا ددرملني لپاره ورکول کيږي ،درد اراموي . ۳- serotonin reuptake inhibitor د orthostatic hypotension او خفګان لپاره ورکول کيږي .۴- که دمترال دسام عدم کفايه موجود وي افترلوډ بايد کم نه شي .۵- دمترال دسام ترميم د دسام دتعويض څخه ښه دي .۶- اسپرين په هغه ناروغانو کي چې focal neurological deficit وي .۷- انتاني اندو کاردايتس پيدا کيدو څخه مخنيوي وشي .۸- جراحي درملنه توصيه شي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

AORTIC REGURGITATION(AR)

اسباب :

الف: دوالونو ناروغي :

1 - Rheumatic fever
2 - Infective endocarditis
3 - Large VSD
4 - SLE
5 - Anckylosing spondylitis
6 - Rheumatoid arthritis
7 - Whippl's diseases

ب: دابهر دجذر ناروغي :

1 - Morfan's syndrome
2 - Bicuspid valve
3 - Dissection of aorta
4 - Syphilitic aortitis
5 - Osteogenesis imperfect
6 - Anckylosing spondylitis

دابهر ددسام دحادي عدم کفائي اسباب :

1 - Acute rheumatic fever
2 - Infective endocarditis
3 - Dissection of aorta
4 - Rupturer sinus of valsalva aneurism

:pathalogy

څرنګه چی دروماتیک تبه دابهر دعدم کفایي مهم لامل دی ،فبروتیک بدلونونه داابهر د دسام دپانو د پلنوالی او تقبض دلاری دمرکزی دسام دعدم کفایي لامل کیږی .که ددسام پانی سره وننبلی د ابهر عدم کفایی سره دابهر تضیق یوځایی کیږی .

ابنارمل فزیالوژي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

ددياستول په صفحه كي وينه دابهر څخه دابهر دوال دلاري چپ بطين ته تويږي .په نتيجه كي دياستوليک فشار كميږي چي ددي له كبله داكليلي اوعيو دويني جريان كميږي .برسيره پردي دچپ بطين دلويوالي له امله دمايږكارد داكسيجن ضرورت زياتيږي بلاخره اسكيميا پيدا كيږي .

كلينيكي لوحه :

الف: asymptomatic patient: ناروغ داوږدي مودي لپاره اعراض نه لري .

ب: symptomatic patient: دابهر دعدم كفائي كلينيكي لوحه داسكيميا ، زړه لويوالي او دمايوكارد دندي خرابوالي له امله مينځته راځي .۱- angina د اكليلي اوعيو دناروغيو ،دياستوليک فشاركموالي او دبطين دهايپرتروفي له كبله داكسيجن دضرورت دزياتوالي له كبله وي .

۲- exertional dyspnea and fatigue دزړه عدم كفائي له كبله وي .۳- palpitation دچپ بطين دقوي تقلص او دازيني اوبطيني پريماچور تقلص له كبله وي .

فيزيكي معاينه :

الف - دپريكارديوم تفتيش :۱- دپريكارديوم لپاسه ضربان ۲- apex beat دكلاويكولا دمتوسط خط څخه دباندي وي .

ب- جس : ۱- دزړه اپيكس منتشر وي باندي او ښكته خواته د جس وړ وي .۲- دچپ بطين دهايپرتروفي له كبله دزړه اپيكس heaving وصف لري . ۳- دسترنوم هډوكي په كيڼ خواكي په دريم بين الضلعي فاصله كي دابهر په ناحيه كي دياستوليک تريل دجس وړ وي ، په دي ډول چي ناروغ كښيني او قدام خواته ټوغ شي او ضفير اجرا كړي .

ج- اضغا :

۱- دزړه اوازونه :

الف- د PR دفاصلي داوږدوالي له امله دزړه لومړي غږ نرم وي .

ب – A2 ممكن نرم يا نه وي ج- P2 ممكن د دياستوليک مرمر په واسطه پټ شي ، نوځكه دويم اواز يوازي وي او يا نه وي . د- څلورم اواز ممكن داوريدو وړ وي .

۲- مرمر :

(c) ketabton.com: The Digital Library

الف- early diastolic murmur دابهر په دويم ناحيه کي ښه اوريدل کيږي .موقيعت ئي په چپ طرف کي سترنوم ته نژدي په د ريم بين الضلعي فاصله کي وي ، په دي ترتيب چي ناروغ کښيني قدام خواته خم شي وروسته دضفير څخه خپل تنفس بند کړي .

ب- Systolic Ejection Murmur دابهر په ساحه کي دويني دجريان زياتوالي له امله وي .

ج : نور اضغائي علايم : ۱- Austin –Flint murmur - دا يو ميډ دياستوليک مرمر دي چي په اپيکس کي اوريدل کيږي . دا هغه وخت پيدا کيږي چي ددياستول په صفحه کي وينه دابهر څخه بيرته خلف خواته رجعت وکړي او دمترال ددسام قدامي صفحه دخلاص مترال دسام خواته ټيله کړي ، چي دا دمترال د سام دوظيفوي تضيق له امله د ميډ دياستوليک مرمر لامل کيږي .

۲- pistol shot femoral : دورون دشريان لپاسه دزړه دهرضربان سره يوتيز اواز اوريدل کيږي .

۳- Durozier's sign: کله چي دورون شريان لپاسه ستستسکوپ وروفشار ورکړل شي بريوټ (مرمر چي دزړه څخه دباندي اوريدل کيږي) اوريدل کيږي .

دابهر دعدم کفائي عمومي فيزيکي معاينه :

الف- داسبابو ننبي : د marfan's syndrome او ankylosing spondylitis

ب- نبض: ۱- (collapsing pulse (water hammer pulse ددي نبض حجم زيات ،نبضاني وي او يا کولپسينګ وي . ۲- Quinck's sign : دنوکانو په بستر کي دکپيلاريو نبضان ته وايي . ۳- De Musset's sign : دثباتي شريان نبضان دومره قوي وي چي دهر نبضان سره دناروغ سر خوځيږي ، همدارنګه د سر د nodding اشاري په نوم هم يادېږي .

۳- Corrigan's sign يا Dancing carotid artery دثباتي شريان نبض ډير بارز وي .

۴- pulse pressure زيات وي ځکه چي دياستوليک فشار کميږي .

۵- Hill sign د دلنګيو فشار نظر د بازوګانو فشار څخه ۴۰ ملي متره سيماب لوړ وي .

۶- دويني سستوليک فشار دستروک واليوم دزياتوالي له کبله وي .

۷- کله چي دزړه عدم کفايه تآ سس وکړي دمحيطي اوعيو د وازو کنستريکشن له کبله دياستوليک فشار لوړيږي نو pulse pressure بيرته کميږي .

تشخيص معاينات :

الف- ايکو کارد يوګرافي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- دابهر عدم كفايه تعينوي . ۲- دابهرد عدم كفايي علت معلوموي ۳- دابهر دعدم كفايي شدت د ابهر دفوحي دسايز او د ريګورجيتيشن دجريان اندازه معلوموي .۴- دابهر دعدم كفايي دهيموډاينامیک تشوشاتو اغيزي (لكه دچپ بطين سايز (د چپ بطين end systolic and end diastolic dimensions) او دچپ بطين هايپرتروفي معلوموي .

ب - **chest x-ray**:چپ بطين او صاعده ابهر پراخه بښكاري

ج- ECG : دچپ بطين هايپرتروفي وي .

ح- **Cardiac Catheterization And Angiography** ډاپلر ايكو په واسطه دابهر دعدم كفايي شدت معلوميږي ،نوځكه په زياتره پيښو كي كتيتريزشن ته اړتيا نه وي .د كتيتريزشن په واسطه دابهر دعدم كفايي شدت ، توسع ، داي سكشن ، دابهر دوال ساختماني بدلونونه اوپه چپ بطين باندي د ابهر دعدم كفاي هيموډاينامیک اغيزي (دچپ بطين حجم او ايجيكشن فركشن) معلوموي . اوس دزړه كتيتريزشن داكليلي شريانو حالت مخكي دجراحي عملياتو څخه معلوموي

تشخيص :

دناروغي تشخيص دفيزيكي معاينې ،تاريخچي او تشخيصه تستونوپه واسطه كيږي .

تفريقي تشخيص :

1. *Acute Coronary Syndrome*
2. *Blunt Abdominal Trauma*
3. *Heart Failure*
4. *Infective Endocarditis*
5. *Mitral Regurgitation*
6. *Mitral Stenosis*
7. *Myocardial Infarction*
8. *Pulmonic Regurgitation*
9. *Tricuspid Stenosis*

اختلاطات :

۱- دزړه عدم كفائيه

۲- انتاني اندوكاردايتس

(c) ketabton.com: The Digital Library

درملنه :

الف- غير اعراضي ناروغان : دابهر خفيف او متوسط عدم كفائيه حالت : دا ناروغان تداوي ته اړتيا نه لري ، دكلينيک له نظره په كال كي يو ځلي اودايكو له نظره په هر ۲-۳ كالو كي ارزيابي شي .داندوكاردايتس دمخنيوي لپاره انتي بيوتيک وقايوي ډول توصيه كيږي او په مياشت كي يو ځل دروماتيک تبي لپاره وقايوي زرقي انتي بيوتيک تو صيه شي . داناروغان دمسابقوي او شديد تمريناتو څخه منع شي .

ب- دابهر شديد عدم كفايه : دابهر دعدم كفايي شديد ناروغان چي اعراض نه لري او هغوي چي دچپ بطين دنده يي نارمل دي هر ۶ مياشت بعد معاينه شي .

وازو دايلاتور دواګاني (ACE- I,nifidipine ,hydralazine) په هغه ناروغانوكي ورکول كيږي چي شديد وي او دچپ بطين دندي نارمل يا نارمل نه وي ، اعراض ونه لري او جراحي درملني لپاره په تمه وي او يانه وي. دايګوګسين ،نايتريت او داي يوريتيک هم ورکول كيږي .بيتا بلاکر په مورفان سندروم ناروغانو كي دابهر دجذر توسع كموي .

اعراضي ناروغان :

۱- په اعرضي ناروغانو كي دابهرد وال معاوضه كول انتخابي درملنه دي .

۲- هغه ناروغان چي جراحي درملني ته كانديد دي او هغه ناروغان چي دكيڼ بطين دنده يي غير معاوضوي ډول خراب شوي وي ،دجراحي عملياتو څخه مخكي ناروغانو ته دايګوګسين او داي يوريتيک ورکول كيږي .

۳- هغه ناروغان چي دنوروضميموي ناروغيو له كبله د جراحي درملنه وړ نه وي وازو داي لاتور ، دايګوګسين او داي يوروتيک توصيه كيږي .

د ابهر ددسام دمعاوضي (Valve Replacement) **استطبابات** :

۱- هغه اعرضي ناروغان چي دابهر ددسام شديد عدم كفاييه (NYHA) وي (دويم او دريم كلاس) .

۲- غير اعرضي ناروغانوته هغه وخت جراحي ته كانديد دي ۱- چي دكيڼ بطين دنده يي خفيف او متوسط خراب وي (ايجيكشن فركشن يي د ۵۰-۵۵ ٪ څخه كم شوي وي)، ۲- د كيڼ بطين توسع شديد وي (end diastolic diameter >55mm OR end diastolic diameter >75mm).

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

AORTIC STENOSIS(AS)

اسباب:

۱- دزړه روماتيک ناروغي : دابهر دتضيق معمول سبب دي چي کسپ او کميسورا سره وصليږي .

۲- دزړه ولادي ناروغي : دابهر تضيق د وه کلنيکي اسباب لري چي لومړي يي عبارت دي له ولادي ابنارمل unicuspid or bicuspid valve . ددي ډول ابنارمل وال اعراض په ځواني او يا ۵۰-۶۰ کلني کي څرګندږي .دابهر coarctation هم دابهر دو لادي تضيق سره هم يوځاي وي .

۳- senile AS: دعمر زياتوالي سره دابهر وال ديجنيريشن او کالسيفيکيشن کوي . همدارنګه سګرټ اثکل ، شکري ناروغي ، دويني لوړ فشار او دغوړ زياتوالي له کبله هم مينځته راځي .

۴- Systemic Lupus Erythematous And Sever Familial Hypercholesteremia هم دابهر دتضيق لامل کيږي .

۵- نور اسباب : 1- Subclavicular Aortic Stenosis 2- Supraclavicular Obstruction 3- Hypertrophic Obstructive Cardiomyopathy

: Pathophysiology

۱- دابهر د تضيق له کبله دچپ بطين دخروجي فوحي انسداد پيدا کيږي چي دچپ بطين فشار لوړيږي اوپه معاوضوي ډول چپ بطين هايپرتروفي کوي . ددي لپاره چي دزړه دهانه نارمل وساتل شي د تنګ شوي ابهر په مقابل کي دچپ بطين لوړفشار ايجيکشن ته ضرورت دي . دزړه دهانه داستراحت په وخت کي نارمل وي خو دتمرين په وخت کي کميږي .بلاخره د ناروغي ددوام په نتيجه کي دچپ بطين دندي دخرابوالي له امله دزړه دهانه او ستروک واليوم کميږي او دسږو فشار لوړيږي .

۲- دابهر دتضيق له کبله دزړه اسکيميا : دچپ بطين دهايپرتروفي له امله پرته داکليلي اوعيو دناروغي څخه دزړه داکسيجن اړتيا زياتيږي چي په پايله کي دزړه اسکيميا مينځته راځي .همدارنګه دچپ بطين دلوړ فشار له کبله په اکليلي اوعيو باندي فشار راځي چي داکليلي اوعيو

(c) ketabton.com: The Digital Library

دويني جريان کميږي چي ددي له امله دزړه اسکيميک درد ونه ، اريتميا او دزړه عدم کفايه پيدا کيږي .

دابهر دتضيق دويم سبب Degenerative Or Calcific Aortic Stenosis دي .

د ابهر دستينوزس دشدت ارزيابي : دابهردتضيق دشدت اندازه دايکو په واسطه تعينيږي .

۱- دابهر دوال نارمل سايز ۳-۴سانتي متر مربع دي .

۲- دابهر شديد ستينوزس کي دابهر دوال سايز قطر د $0.8cm^2$ وي دچپ بطين خروجي فوحي د تنګوالي له امله سره له دي چي دچپ زړه دهانه نارمل دي دسستوليک فشار تفاوت د ۵۰ملي متر سيمابو څخه زيات وي .

۳- دابهر متوسط ستينوزس : دابهر دوال قطر $1.0-1.5cm^2$وي .

۴- دابهر خفيف ستينوزس : دابهر دوال قطر $1.5-2.0cm^2$وي .

کلينيکي لوحه :

اعراض:

۱- داوږدي مودي لپاره بي اعرضه وي .

۲- اعرضي حالت کي۱- دسيني انجينا درد ۲- دتمرين په وخت کي سنکوپ ۳- دتمرين په وخت کي سا ه لنډي ۴- دزړه عدم کفايه او بلاخره مړينه . دغه اعراض هغه وخت وي چي دابهر د دسام قطر سايز نظر نارمل حالت ته ۳/۱ ته کم شوي وي .

۱- د سنکوپ حمله : دسنکوپ اسباب عبارت دي له ۱- دتمرين په وخت کي دزړه دهاني کموالي(سيستميک وعايي توسع او ثابت انسداد) له امله دماغي پرفيوژن کميږي۲- داستراحت په وخت کي د سنکوپ لامل بطيني فبريلشن ، ازيني فبريلشن او دزړه ګذري بلاک.

۲- Angina pectoris : ۱- په هايپرتروفيک زړه کي د اکليلي اوعيو دپرفيوژن کموالي له امله دمايوکارد اکسيجن کميږي .۲- دهايپرتروفيک زړه له کبله په اکليلي اوعيو باندي فشار له کبله دمايوکارد دويني جريان کميږي .۳- ۵۰٪ناروغانوکي داکليلي اوعيوناروغي موجود وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

۳- Exertional Dyspnea: تمريني سا ه لنډي ، orthopnea او Paroxysmal Nocturnal Dyspnea(PND) دسړو فشار لوړ والي ښودنه کوي .

۴- **دزړه عدم کفايه** : دزړه عدم کفايه دکين بطين دسيستوليک او دياستوليک دندو خرابوالي له کبله وي .

۵- **دمعدي او کلموڅخه وينه بهيدنه** : دابهر په شديد تضيق کي وي چي لامل ممکن دابهر تضيق سره داوعيو سوي اشکال وي (angiodysplasia).

دزړه او اوعيو معاينه :

الف: دپريکارديوم تفتيش :اپيکس بيټ بي ځايه شوي نه وي ، دخپل نارمل موقيعت کي ليدل کيږي .

ب:جس : ۱- دزړه اپيکس بي ځايه شوي نه وي ځکه چي کارديو ميګالي دزړه د توسع له کبله وي نه دزړه هايپرتروفي له کبله .۲- داپيکس بيټ وصف Heave (forceful) وي ځکه چي دابهر په تضيق کي په کين بطين باندي د فشار زياتوالي له امله کين بطين هايپر تروفي کوي .۳- Double apex beat جس دزړه ۴ غږ يا ازيني تقلص له کبله وي .۴- سستاليک تريل ممکن دابهر په ناحيه کي يا suprasternal notch کي جس شي او د ثباتي شريان په سيرکي انتشار مومي .

۵- نادراً دځيګر غټوالي اودسفلي اطرافو ازيما دښئي بطين د عدم کفائي له کبله وي چي دا هغه وخت مينځته راځي چي دچپ بطين دهايپرتروفي له کبله بين البطيني دسام ښئي زړه خواته ټيله کيږي چي دښئي زړه ډ کيدل خرابيږي .

ج: **اضغا** : **الف**: دزړه اوازونه ۱- لومړي اوازنارمل يا ښکته وي .۲- دزړه دويم اواز ښکته وي ځکه چي يوازي P2 اوريدل کيږي .په داسي حال کي چي دابهر دسام دکلسيفيکيشن له امله ددسام حرکت کم وي نو A2 نه اوريدل کيږي .۳- دشهيق په وخت کي دزړه دويم اواز Reverse splitting نورمال وي . ۴- دزړه ددويم اواز پراخه سپليټ وي .۵- دابهردسام دځنډ بنديدو له امله دابهر په تضيق کي دزړه دويم اواز دابهر په ساحه کي دشهيق په وخت کي سپليټ کم او دضفير په وخت کي پراخه وي .۶- دزړه ۴اواز اوريدل کيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

ب- **دزړه اضافي غږونه** : Systolic Ejection Click

ج- **مرمر**: Murmur(Ejection Systolic (Mid-Systolic اوريدل کيږي چې لاندې اوصاف لري ۱- Ejection Systolic Murmur دابهر په ساحه کې اوريدل کيږي ،غاړې او اپيکس خواته انتشار مومي .۲- Ejection Click دمر مر څخه مخکې اوريدل کيږي .۳- Gallaverdin Phenomenon کله کله دسيستاليک مر مر شدت دمترال دسام په (اپيکس) ساحه کې شديد اوريدل کيږي چې دمترال دسام عدم کفايي په شان اواز اوريدل کيږي .۳- دابهر دتضيق مرمر شدت دولاړې په حالت کې کميږي .۴- څومره چې دابهر دسام تضيق شديد وي په همغه کچه دمرمر دوام زياتيږي ،ستروک واليوم کميږي .

دابهر دتضيق عمومي فيزيکي معاينه : ۱- نبض – دثباتي نبض حجم کم وي وروړو جګيدونکي وي چې د anacrotic pulse په نوم يادېږي .داپيکس جس او دثباتي شريان جس په وخت کې نه وي . ۲- pulse pressure کم وي ۳- دښئي او چپ زړه عدم کفائي له کبله دغاړې وريدونه متبارز وي .

پلټنې :

الف- **دسيني راديوګرافي** :

۱- ښائ نورمال وي ۲- دزړه اندازه نارمل يا لږ لوي شوي وي .۳- دسيني په خلفي قدامي کليشه کې دابهر په صاعده قوس کې post stenotic dilatation ليدل کيږي .

ب- **دزړه برقي ګراف** :

۱- دکيڼ زړه هايپرتروفي وي ۲- په کيڼ زړه باندې دفشار زياتوالي له امله دکيڼ زړه کشش (strain) وي (ST segment depression and T wave inversion in lead 1,AVL,V5 and V6) .

ج- **ايکو کارد يوګرافي** :

۱- دابهر ددسام کسپونه پلن ،کلسيفيد او بې حرکته معلوميږي .۲- دکيڼ بطين هايپرتروفي سيستاليک او دياستوليک دندې معلوميږي .۳- ډاپلر ايکو په واسطه دابهر ددسام او ددسام

(c) ketabton.com: The Digital Library

څخه شاته خواکي تفاضلي فشار اندازه کيږي .که تفاضلي فشار د ۵۰ملي متر سيمابو څخه زيات وي او يا دابهر دقطر اندازه د $0.8cm^2$ څخه کم وي په شديد تنګوالي باندي دلالت کوي .او داعراضو دپيدا کيدو لامل کيږي .کله کله که ددسام قطر د ۱سانتي متروي اعراض وي او يا تفاضلي فشار هم لوړ وي او ددسام قطر 0.6cm وي خواعراض نه وي .

ح- Cardiac catheterization:

دزړه کتيتريزشن په هغه ناروغانو کي چي عمر يي ۴۰کلن اويالوړ وي داکليلي اوعيو دانجيوګرافي لپاره او دابهردوال څخه مقابل خواکي دتفاضلي فشار دمعلومولو لپاره ترسره کيږي .داکليلي اوعيو انجيوګرافي دانجينا دلامل دمعلومولو لپاره توصيه کيږي .

خ- انجيوګرافي:

په هغه ناروغانوکي چي عمر يي ۴۰کلن او يالوړ وي اود CABG پلان وي توصيه کيږي .

تشخيص :

تشخيص دتاريخچی ،فيزيکی معاينی او تشخيصه تستونوپه واسطه کيږی.

اختلاطات :

1. *Chest pain (angina)*
2. *Fainting (syncope)*
3. *Heart failure*
4. *Irregular heart rhythms (arrhythmias)*
5. *Cardiac arrest*

درملنه :

طبي درملنه دابهر دتضيق په درملنه کي ارزښت نه لري . که په ناروغ کي انجينا ،سنکوپ او دزړه عدم کفايه موجود وي دوال معوضه توصيه کوي .

۱- انجينا په ۵۰٪ناروغانوکي مينځته راځي چي مړينه د ۵کالو په موده کي وي .

۲- سنکوپ په ۵۰٪پورته ناروغانو کي وي چي د ۳کالو په موده کي مړينه وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

۳- زړه عدم کفايه په ۵۰٪ناروغانو کي وي او د ۲کالو په موده کي مړينه وي .

جراحي درملنه په غير اعرضي ناروغانو کي نه توصيه کيږي او که دچپ بطين دنده خراب شوي وي او يا د ابهر دوال ساحه د $0.7cm^2$ کم شوي وي توصيه کيږي .

طبي درملنه :

طبي درملنه په هغه ناروغانو کي توصيه کيږي چي دعمليا ت وړ نه وي .

۱- دروند فيزيکي فعاليت څخه ډه ډه وشي .

۲- ناروغان ښه وڅارل شي ځکه چي ناروغي په تدريجي ډول پرمختګ کوي . دايکوله نظره په کال کي تفاضلي فشار ۴-۸ملي متره سيماب لوړيږي . دابهر دوال قطر $0.2-0.3cm^2$ په کال کي کميږي .دابهرپه خفيف ستينوزس کي ايکو هر دوه کاله بعد تر سره شي ،دابهر په شديد غيراعرضي ستينوزس کي هر ۶-۱۲مياشتي بعد ايکو تر سره شي .

ETT په غيراعرضي ناروغانو کي دپټ اعرضو دخرګندولو لپاره اجرا کيږي.ETT په اعرضي ناروغانو(دتمرين کولوقدرت نه درلودل او دويني فشارکموالي) کي مضاد استطباب دي .

۳- انجينا لپاره بيتا بلاکر توصيه کيږي خو احتياط دي وشي ځکه چي دشاک او دزړه دعدم کفايي لامل کيږي .

۴- نايتريت تمريني سنکوپ تشديدوي نو دورکولو څخه يي ډه ډه وشي .

۵- ACE-I او دايګوګسين نسبي مضاد استطباب دي . دايګوګسين هغه وخت ورکولاي شوچي ايجکيشن فرکشن کم شوي وي او ACE-I په کم دوزهغه وخت توصيه کولاي شو چي چپ بطين اعرضي سستاليک دسفنکشن وي او دجراحي درملني لپاره کانديد نه وي .

جراحي درملنه :

د وال معاوضه(valve replacement) په لاندي حالاتو کي استطباب لري .

۱- هغه اعرضي ناروغان چي دچپ بطين دنده يي خراب وي وروسته دجراحي عملياتو څخه ښه کيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲- هغه غير اعرضي ناروغان چي دچپ بطين دنده يي خراب وي،شديد چپ بطين هايپرتروفي ولري ،دوال قطر د $0.7cm^2$ څخه کم شوي وي او دتمرين سره دويني فشار نښکته کيږي .

۳- دابهر شديد تضيق وي خودزړه نورو عملياتو ته اړتيا وي لکه CABG ته .

دجراحي تداوي استطبابات :

۱- اعراض چي دابهر دشديد تضيق سره يوځاي وي .

۲- دابهر دشديد تضيق ناروغان چي دزړه نوروعملياتو وروته اړتيا وي لکه CABG .

۳- هغه غير اعرضي ناروغان چي دچپ بطين دنده يي خراب وي،شديد چپ بطين هايپرتروفي ولري ،دوال قطر د $0.7cm^2$ څخه کم شوي وي او دتمرين سره دويني فشار نښکته کيږي .

دابهر تضيق دکيڼ زړه ددندي خرابوالي سره :

۱- که د دکيڼ زړه ددندي خرابوالي(ايجيکشن فرکشن د ۳۵٪څخه کم وي) دجراحي درملني خطر زيات وي .او بي له عملياتو څخه انزار خراب وي . د valve replacement سره دناروغ عمر اوږد والي نښه کيږي .

دابهر تضيق د تفاضلي فشار کموالي سره :

دابهر شديد تضيق چي دکيڼ بطين دشديد دسفنکشن سره يوځاي وي او دابهر دوال په مقابل کي تفاضلي فشار لوړ نه وي نو ابهر تضيق دهغه کارديو مايوپاتي سره چي د calcified non aortic valve سره اويا دابهر شديد تضيق چي دکيڼ بطين دشديد دسفنکشن سره يوځاي وي تفريقي تشخيص شي .تفاضلي فشار او دابهر دوال ساحي اندازه د ويني جريان پوري اړه لري ،په دي ډول تفريق کيږي چي دdobutamine دورکولو څخه وروسته تفاضلي فشار او دابهر دوال ساحه اندازه کيږي چي د دکيڼ بطين دسفنکشن کي تفاضلي فشار زياتيږي خو دوال ساحه تغير نه مومي په داسي حال کي چي په کارديومايوپاتي کي دوال ساحه زياتيږي .

هغه خطري فکتورونه چي د عملياتو سره دمړيني خطر زياتوي :

۱- شديد اعرضي ناروغان

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲- دکين بطين دشديد دسفنکشن(ايجيکشن فرکشن د ۴۵ يا ۵۰٪ څخه کم شوي وي .

۳- زاړه کسان

۴- داکليلي اوعيو ناروغيو سره يوځاي وي .

دوالونو ډولونه :

۱- **ميتاليک وال** : دا وال دوامداره وي دترومبوزس لامل کيږي نو ناروغ داوږدي مودي لپاره انتي کواګولانت واخلي .

۲- BIOPROSTHETIC VALVE: ددي وال عمر کم(۱۵کاله) دي ترومبوجينيک نه دي .داپه ځوانانو کي چي عمر د۳۵کم وي او حاملګي کي استطباب نه لري .

۳- percutanous aortic balloon valvoplasty:دا په ماشومانو او ځوانانو کي چي په ولادي ډول دابهر تضيق يي کلسيفيد نه وي ښه ګټور دي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

TRICUSPID STENOSIS(TS)

اسباب :

دزړه روماتيک ناروغي دترايکسپيد دسام دتضيق مهم لامل دي چي زياتره دمترال يا ابهر دسام ناروغيو سره يوځاي وي ، زياتره ښځو کي وي .

پتوفزيالوژي:

په TS کي دزړه دهانه کميږي نو کله چي دښئي ازين فشار لوړ شي دزړه دهانه نارمل حالت کي ساتل کيږي .دښئي ازين فشار زياتوالي سره سيستميک وريدي احتقان پيداکيږي ،ځيګر لويږي ،اسايتس او محيطي ازيما مينځته راځي .

کلينيکي لوحه :

الف: اعراض: ۱- دکين خوا ددسامونو دروماتيک افاتو اعراضو سره يوځاي وي .۲- دګيډي درد(دځيګر لويوالي) ، پړسوپ(اسايتس) او محيطي ازيما وي .

ب: فيزيکي معاينه : ۱- JVP :د a موجه په JVP کي وي .۲- نبضاني ځيګر: دځيګر په عميقه جس کي پري سستاليک پلسشن جس کيږي .۳- مرمر : دسترنوم په کين سفلي سرحد کي په ترايکسپيد ساحه کي متوسط دياستوليک مرمر اوريدل کيږي چي دشهيق په وخت کي لوړ اوريدل کيږي .

ج: ECG:

دښئي ازين دهايپرتروفي له کبله P-pulmonalموجه ليدل کيږي .

ح: Chest X-Ray–

دښئي ازين لويوالی وی .

درملنه :

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- داي يوريتيک درملنه او دمالګي بنديز ۲- دجراحي عملي په واسطه دترايکسپيد دسام معاوضه کول .

TRICUSPID REGURGITATION(TR)

اسباب :

الف: Organic Tricuspid Regurgitation

1- Rheumatic Heart Diseases

2- Infective Endocarditis (IV drugs abuser)

3- Carcinoid Syndrome

4- Ebstein's Anomaly ;congenital tricuspid valve

ب: Functional (when right ventricle dilates) :

1- Right Ventricle Dilation Due to chronic heart failure

2- Cor-pulmonale

3- Right Ventricle Infarction

4- pulmonary Hypertension

کلينيکي لوحه :

اعراض: دښئي زړه دعدم کفائي اعراض.

فيزيکي معاينه : ۱- JVP: ۱- دغاړي وريدونه پورته وي .دښئي زړه عدم کفائي له کبله وی ۲ - لويه د V موجه وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲- MURMUR: ۱- Pansystolic murmur د سترنوم هډوکي په کين طرف کي داوږدوالي په سير کي اوريدل کيږي .مرمر دشهيق په وخت کي شدت مومي په داسي حال کي چي د مترال ددسام دعدم کفاي مرمر دضفير په وخت کي شدت مومي .

۳- Pulsatile Liver: ځيګر نبضاني جس کيږي .

تشخيصيه معاينات :

الف - **ايکو کارديوګرافي** :

– ۱- ښئي بطين پراخه وي ۲- دترايکسپيد دسام ښائ ابنارمل وي ۳- دريوي شريان فشار د ډاپلار ايکو په واسطه اندازه شي.

ب-ECG:

دزړه برقی ګراف وصفی نه وی .ازينی فبريليشن هم غير معمول نه دی .

ج- Chest X-Ray -

ښئي ازين او بطين پراخه ښکاري .

درملنه :

۱- دترايکسپيد دسام وظيفوي عدم کفائيه : داي يوريتيک پري لود کموي . دمترال دسام معاوضه کول ۲- دترايکسپيد دسام عضوي عدم کفائيه : جراحي درملنه يا والوپلاستي تر سره کيږي .

PULMONARY STENOSIS(PS)

اسباب :

۱- ولادي ناروغي (معمولاً). ۲- روماتيک تبه .۳- کارسينوئيد سندروم .۴- aneurism of sinus of valsalva.۵- Fallot’s Tetralogy

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلينيکي لوحه :

۱- که PS يوازي وي په خفيف او متوسط حالت کي اعراض نه وي .۲- په شديد حالت کي Exertional fatigue,Dyspnoea,lightheadedness,chest discomfort(right ventricular Angina), ۳- **cyanosis** که **ASD**, **patent foramin oval (**PFO**)**وي .

فيزيکي معاينات:

تفتيش: دغاړي وريدلوړ او په کي د **a**موجه څرګند ښکاري .

جس: ۱- Left Parasternal Heave دښئي بطين هايپرتروفي له کبله وي ۲- په کين دويم بين الضلعي مسافه کي تريل جس کيږي .

اضغا : الف- اول غږ نارمل وي ب- دويم اواز يوازي اوريدل کيږي ،ريوي دسام اواز ښکته وي .ج- مرمر : ۱- په دويم کين بينالضلعي مسافه کي په ريوي ساحه کي **Ejection Systolic Murmur** اوريدل کيږي چي چپي اوږي خواته انتشار مومي، دمرمر شدت دشهيق سره زياتيږي ۲- مخکي دمرمر څخه **Ejection Click** اوريدل کيږي .

تشخيصيه معاينات:

۱- دزړه برقي ګراف: دکين ازين او بطين هايپرتروفي وي .

۲- دسيني راديوګرافي : ښئي ازين او بطين لوي وي – په ريوي شريان کي **post stenotic dilatation** وي – په شديد **PS** کي دسږو دويني جريان کموالي له امله دسږو وازوکلاريتي کم شوي وي .

۳- ايکو کارديوګرافي : - دوال انتاتوميک بدلونونه ښکاري – دريوي دسام تنګوالي شدت معلوميږي – په غيرمستقيم ډول دترايکسپيد دسام دعدم کفاي دتفاضل په واسطه دښئي بطين فشار اندازه کيږي .

PULMONARY REGURGITATION(PR)

اسباب :

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- دسړو دسام عدم کفايه ددسام دحلقي دتوسع له کبله چي په ثانوي ډول دسړو هايپرتنشن يا دسړود شريان دتوسع له امله وي مينځته راځي .

۲- انتاني اندوکاردايتس

۳- دسړو ددسام دتضيق يا (TOF)Tetralogy Of Fallot's دجراحي درملني داختلاطاتو له کبله وي.

۴- دسړو ددسام ولادي سوي اشکال .۵- کارسينوئيد سندروم ۶- روماتيک تبه ۷- سفليس

کلينيکي لوحه:

۱- دښئي زړه عدم کفايه وي

۲- Right Ventricle Heave او دسړو ددسام په ساحه کي Thrill جس کيږي .

۳- دسترنوم په کينې ۳، ۴ بين الضلعي مسافه کي Early Diastolic Mumur اوريدل کيږي .

۴- که دسړو فشار لوړ وي، P2 لوړ وي .

تشخيصيه معاينات :

۱- دزړه برقي ګراف : دښئي بطين هايپرتروفي وي .

۲- دسيني راديوګرافي : ښئي بطين لوي ښکاري او دسړو دشريان سيوري هم دليدلو وړ وي .

۳- ايکو : ښئي بطين متوسع او هايپرتروفي وي – دسړو ددسام عدم کفايه او ددي شدت معلوميږي .

درملنه :

۱- DIGOXINدښئي بطين دتوسع او عدم کفاي لپاره ورکول کيږي .

۲- سببي ناروغي تداوي شي .

۳- Valve Replacement with bioprosthetic valve: که ددسام عدم کفايه شديد وي او د TOF دجراحي درملني اختلاط وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

MULTI VALVULAR HEAR DISEASE

د multi valvular hear disease اسباب :

الف : کسبی ناروغی :

الف ۱-دزړه ناروغی :

۱- rheumatic heart disease

۲- infective endocarditis

۳- degenerative calcific

۴-cardiac remodeling /dilatation(functional)

الف ۲- ددواګانوجانبی عوارضو له کبله

۱- (anorectic agents,ergot agonist)

۲- end stage renal disease on hemodialysis

الف۳- noncardiac systemic diseases (carcinoid heart disease)

ب - congenital heart disease

ب ۱-connective tissue disorders

۱- marfan syndrome

ب۲- نادر ناروغی (congenital valvular cardiac disease)

(c) ketabton.com: The Digital Library

Combined mitral stenosis and aortic regurgitation

كله چي AR او MS سره يوځايي وي نوشديد MS دخفيف AR سره يوځايي وي ،پتوفزيالوژي يي د خالص MS په شان وي . كله كله ګډ AR هم شديد وي .MS دكيڼ بطين ډكيدل كموي نو په كيڼ بطين په حجم باندي د AR اغيزي پټيږي .پس نو ددواړو افاتو جوړول په زياتره ناروغانو كي ضرور دي .كله چي اعراض پيداشي او دسړوفشار لوړ شي نو مداخلوي درملني ته اړ تيا پيدا كيږي. ددواړو والونومعاوضه مناسب درملنه ده .كله چي د مترال ستينوزس دتداوي پلان وي نو balloon mitral valvotomy اجرا كيږي . په زياتره ناروغانو كي لومړي مترال والو تومي اجرا كيږي وروسته ناروغان داعراضو لپاره تعقيبيږي .كه اعراض له مينځه لاړ شي د AR اصلاح كول ځنډيږي .

Combined mitral stenosis and aortic stenosis:

پهغه ناروغانو كي چي په ګډه سره څرګند AS او MS ولري په كلينيک كي دابهر د تضيق ننبي معمولاًبارز وي ، د مترال تضيق ننبي پټ وي خو اعراض د مترال تضيق بارز وي .د2D او ډاپلر ايكو په واسطه دناروغي شدت ،دكيڼ بطين دنده او سايز او دمترال دسام بالون والو تومي استطباب ايښودل كيږي .كه د AS خفيف وي نو دمترال دسام دبالون والوتومي لپاره لومړي ښه مناسب دي . كه دمترال بالون والو تومي كامياب ونووروسته دابهر وال بيا ارزيابي كيږي .كه په ګډه دابهر تضيق او دمترال عدم كفائيه سره يوځاي وي نو دابهر تضيق دمترال دسام عدم كفائيه تشديد وي .دمترال دسام عدم كفائيه دابهر دتضيق دشدت په تعينولو كي ستونزه پيداكوي ځكه چي فورد وارد اوټ پوټ كميږي .څرنګه چي دمترال عدم كفائيه دكيڼ بطين دايجكيشن فركشن قدرت لوړوي نو په دي توګه دكيڼ بطين سستوليک دسفنكشن چي دابهر دتضيق په واسطه مينځته راغلي وي پټيږي .كه ازيني فبريليشن اوازيني سستوليک دسفنكشن پيدا شوي وي او دكيڼ بطين دهايپرتروفي له كبله دبطين ډكيدل خراب شوي وي نو فورد وارد اوټ پوټ نورهم كميږي .كه په ناروغ كي شديد ASاو شديد MR شته وي (دمترال وال مارفولوژي هم خراب وي) ،اعراض موجود وي ،كيڼ بطين دنده خراب وي او دسړو فشار لوړ وي ، نو بايد په ګډه سره دابهر

(c) ketabton.com: The Digital Library

او مترال دسامونه معاوضه شي او يا مترال وال ترميم شي .که په ناروغ کي دابهر تضيق خفيف او يا متوسط وي او دمترال عدم کفايه شديد وي نويوازي دمترال دسام جراحي عمليات اجرا کيږي ځکه چي داعراضوموجوديت ،دکيڼ بطين دندي خرابوالي ، فورد وارد ستروک واليوم کموالي او دسږو فشار لوړوالي مخکي دعملياتو څخه دابهر دتضيق شدت اندازه کول ستونزمنوي .که دابهر دوال متوسط تفاضلي د ۳۰ مليمترو سيمابو څخه لوړوي دابهر دوال معاوضه تر سره کيږي.

Combined aortic stenosis and mitral regurgitation

شد يد AS د MR شدت زياتوي . همدارنګه MR د AS دشدت اندازه کول ستونزمنوي ځکه چي مخکي خواته دويني داستولو (forward)جريان کميږي .MR دLV ايجيکشن فرکشن د ندي قوت زياتوي، نوځکه دکيڼ بطين مقدم سستوليک دسفنکشن دAS په واسطه پوښل کيږي . ازيني فبريليشن او دازين سستوليک دندي خرابوالي (forward)جريان نور هم کموي ځکه چي دهايپرتروفي شوي کيڼ بطين ډکيدل خراب وي . د شديد AS او شديد MR(دمترال ابنارمل دسام) ناروغان چي اعرض ولري ، کيڼ بطين دنده خراب وي يا دسږو فشار لوړ وي په ګډه سره دابهر او مترال دسامونه معاوضه شي او يا مترال دسام ترميم شي .هغه ناروغان چي خفيف څخه تر متوسط اندازي پوري AS او شديدMR ولري ،اعراض موجود وي ،دکيڼ بطين دنده خراب وي او يا دسږو فشار لوړ وي دعمليات څخه دمخه دابهر دعدم کفائي شدت اندازه کول ګران کاردي ځکه چي forward stroke volume نور هم کميږي . که دابهر دسام تفاضلي فشار د۳۰مليمترو سيمابو څخه زيات وي دابهر دسام بايد معاوضه شي.

Combined mitral regurgitation and aortic regurgitation

دا اړينه ده چي وپيژندل شي دکوم وال افت څرګند دي ځکه چي لومړي دهغه دسام ناروغي تداوي شي چي اعراض يي بارز وي ددي لپاره چي ددواړو دسامونوپتوفزيالوژي او دجراحي درملني وخت سره توپير لري .که څه هم دواړه يي دکيڼ بطين دتوسع لامل کيږي خو دابهر عدم کفاييه دسيستميک سستوليک هايپرتنشن لامل کيږي او دکيڼ بطين پلنوالي کم وي .د **2D**

(c) ketabton.com: The Digital Library

echocardiography په واسطه د AR او MR شدت ، دکيږ زړه سايز او دنده ،دکيږ ازين دنده او سايز ،دسږو دشريان فشار او دمترال دسام ترميم معلوميږي . جراحي درملني ته هغه وخت اړتيا وي چي دابهر ددسام معاوضه او دمترال دسام ترميم ددرملني مناسب ستراتيژي وي.دمترال دسام ترميم دامکا ن ور دي .

Heart Valve Replacement

د ابهر او مترال والونه معمولاً معاوضه کيږي او د ريوي او ترايکسپيد والونه معاوضه کول غير معمول دي

replacement.aortic valve دابهر دتضيق اوعدم کفايي لپاره او دمترال وال معاوضه دمترال تضيق او عدم کفايي لپاره تر سره کيږي .

Mechanical valve:اوږد دوام لرونکي والونه چي د کلک اوزياتي پاتي کيدونکو توکوڅخه جوړ شوي دي .

Tissue valve:دانسان يا حيوان ډونور انساج دي .جراحي پروسيجرونه د وال دمعاوضي،داعراضو شدت اودجراحي خطر پوري اړه لري . ځيني جراحي پروسيجرونه دويني دتحشر دمخنيوي لپاره اوږدي مودي درمل ته اړتيا لري .زياتره خلک وروسته دجراحي درملني څخه داوږدي مودي سالم روغ رمټ ژوند ته طمع لري .دمترال دسام دمعاوضي سره ناروغان پرته د ويني نري کونکي درمل اخيستلو سره ښه نورماله ژوند کوي .دابهر ددسام دمعاوضي څخه وروسته ناروغان داوږدي مودي درملني اخيستلو ته دناروغ حالت اوخطري فکتور پوري اړه لري .

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

INFECTVE ENDOCARDITIS

تعريف :

دزړه ددسامونو يا دزړه دجوفونو داستر مايکروبي انتان ته انتاني اندکاردايتس وايي .

ويشنه :

الف- Acute Endocarditis: ۱- دزړه نارمل او ابنامل والونه اخته کوي ۲- انتان دويني دلاري سرايت مومي ۳- دانتان وايرولينسي زيات دي .۴- که ژرتداوي نه شي دځو اونيو په موده کي ناروغ مري.۵- معمول لامل يي Staphylococcus aureus دي .۶- ويجيتيشن يي لوي دي ۷- شديد تبه په کي وي .

ب- Sub Acute Endoccarditis: ۱- دزړه ابنارمل (ناروغ وال)اخته کوي ۲- تدريجي شکل پرمختګ کوي ۳- دجراحي پروسيجرونوپه وخت کي سرايت مومي ۴- وروسته دتداوي څخه ښه کيږي .معمول لامل يي Streptococcus viridians دي .

ج- Prosthetic Valve Endocarditisوروسته دجراحي عملياتو څخه مينځته راځي معمول لامل يي S. epidermidis اوStaphylococcus aureu دي .

اسباب:

۱- (35%) Staphylococcus aureus: روغ يا سوي شکل والونه اخته کوي ،په دواعتيادو کسانو (polymicrobial) او دزړه الي استعمالونکي کي اخته کوي . دحاد اندوکاردايتس لامل کيږي .

۲- (32%) Streptococcus viridans: اصلي والونه چي مخکي مآوف شوي وي يا ابنارمل والونه اخته کوي .دتنفسي سيستم دپورتني لاري دمعمول انتاناتو څخه دي چي وينې ته دژاولوژولو،برس کولو او دغابنونوايستلو په وخت کي وينې ته ننوزي .دتحت الحاد اندوکاردايتس لامل کيږي .

۳- (8 %) Enterococci: دا دمقعدپه شاوخوا کي اوپه ډکومتيازو کي وي ،په زړو نارينوکي چي پروستات هايپرتروفي لري اوپه ښځوکي بولي تناسلي انتان لري موجود وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

۴- Prosthetic valve endocarditis, devices CoNS - S. epidermidis (4%)

۵- G –ve bacilli of HACEK group (4%)

۶- Yeast and Fungi(1%)

۷- Culture negative endocarditis (5 %)

مساعدونکي فکتورونه :

الف: دزړه او اوعيو ناروغي :

۱- دزړه روماتيک ناروغي : مترال دسام عدم کفاييه ، مترال دسام تنګوالي ، دابهر دسام عدم کفاييه او تنګوالي .

۲- دزړه ولادي ناروغي : دابهر دوه کسپه دسام ،مترال دسام پرولپس ،دابهر دسام کلسيفيکيشن ، Hypertrophic subaortic stenosis , VSD, PDA, coarctation of aorta

۳- prosthetic valve

۴- Degenerative calcific valvular stenosis

دکوربه فکتورونه: ۱- Neutropenia ۲- Immunodeficiency ۳- Malignancy ۴- Therapeutic immunosuppression ۵- Diabetes mellitus ۶- Alcohol ۷- IV drug abuse

Pathogenesis And Pathalogy:

الف- دانتان دداخليدو لاري : ۱- دغابنونويانوروجراحي پروسيجرونوپه وخت کي .۲- دمنتن زرقياتو دلاري .۳- دپوستکي ياتنفسي سيستم بنکاره انتاناتو په واسطه .۴- په پټ ډول دکلمواوخولي دلاري .۵- زخمونه

۶- داخل الوعاي کتيترونو انتاناتو دلاري .۷- دروغتون دزخمونودلاري .۷- ځنډني مداخلوي پروسيجرونو دلاري .

(c) ketabton.com: The Digital Library

ب۱-- دزړه داخلي اندو تيليوم زخمي کيږي ۲- په زخمي شوي ځاي کي غير منتن ترومبو سيت - فبرين ترومبوس جوړيږي چي د نن بکتريال ترومبوتيک اندوکاردايتس (NBTE)په نوم يادږي ۳- دمؤقتي بکتريميا په وخت کي انتان د NBTE لپاسه ښښلي ۴- انتان په دي ځاي کي ډيروالي (Proliferation) مومي ۵- په مآوفه ځاي کي منتن ،ماتيدونکي او محجم (کتله)جوړيږي چي د تنبت (bulky vegetation) په نوم يادږي .

ج- د داخلاالقلبي انتان موضعي تخريباتو اغيزي : ۱- دوال کسپونه تخريبږي چي لومړي زخم جوړوي اوبيا ددسام دعدم کفايي لامل کيږي .۲- کورداتنديني رپچر کوي ۳- د paravalvular abscessله کبله دزړه انتقالي سيستم خرابيږي چي داريتميا او تقحيي پيريکارډايتس لامل کيږي .۴- لوي ويجيتيشن دوالونو دوظيفوي تضيق لامل کيږي .

د- امبولايزشن : دمنتن ويجيتيشن څخه امبولي بيليږي په توري ،پښتورګو ،زړه او سږو کي دانفارکشن لامل کيږي .

ذ- ميتازتاتيک انتان : سيپتيک امبولي دبدن هر ځاي کي د ابسي لامل کيږي .

ر- دامیون کمپلکس ځاي په ځاي کيدل : په مختلفو انساجو کي دامیون کمپلکس(انتي جن – انتي بادي کمپلکس) ځاي په ځاي کيږي چي دخارالقلبي کلينيکي تظاهراتو لامل کيږي لکه Arthralgia,Roth Spot ,Janeway Lesion, Focal Glomerulonephritis ,Vasculitis

کلينيکي لوحه :

الف- دبکتريميا کلينيکي لوحه :

۱- Fever- که يوناروغ چي دزړه دوالونو ناروغي ولري او تبه يي دځو ورځو څخه تر څو اونيو پوري دوام ومومي په اندوکاردايتس باندي دلالت کوي . په زړو خلکو ، دزړه احتقاني عدم کفايه اودپښتورګو په مزمن عدم کفايه کي تبه نه وي .وزن بايلل ،بي اشتهاي .دشپي له خوا خوله . انيميا .

۲- petechia : Petechiae on the skin, conjunctivae, oral mucosa دوازوکولايتس له کبله وي . دسترګو په رتينا کي دوازکولايتس له کبله Roth Spot وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

۳- Splenomegaly: ۴۰-۳۰٪ پيښو کي وي .

ب- دامیون کمپلکس کلینیکي لوحه :انتي بادي او دبکتریا انتي جن سره کمپلکس جوړوي او دلاندي کلینیکي لوحو لامل کیږي .

۱- Janeway Lesion: داکوچني ،هموار بي درده سور ماکولاګاني دي چي دلاس په تینار او هایپوتینار برجستګیو کي وي .

۲- Splinter Hemorrhage: دا دګوتو دنوکانولاندي وي .

۳- Osler's Nodes:دا سخت دردناکه حساس پوستکي لاندي پړ سیدلي نوډولونه دي چي دلاس پښو په ورغوپوندو او ګوتوکي وي چي دوازکولایتس یا امبولیزم له کبله وي .

ج- دزړه ددسامونو ددندو دخرابوالي کلینیکي لوحه :

۱- MURMURS- ویجیتیشن دویني جریان بندوي چي د زړه داضافي اوازونو دپیداکیدو لامل کیږي چي مرمر ورته وایي . دمرمر پیداکیدل دویجیتیشن سایز پوري اړه لري .دپخواني مرمر وصف کي بدلون اوشدت کي زیاتوالي .

۲- REGURGITATION- ددسامونوپرمخ تللي تخریبات د دسامونو دسوري کیدو یا عدم کفایي لامل کیږي .

د- دامبولیزیشن کلینیکي لوحه – امبولي دنازکه اوماتیدونکي ویجیتیشن څخه مینځته راځي چي دلاندي عضوو دانفارکشن لامل کیږي .

د کینې زړه اندوکاردایتس دلاندي عضوو دانفارکشن لامل کیږي . ۱- دماغ ته دستروک سبب کیږي چي د ستافیلوکوک اوریوس له امله وي ۲- پښتورګوته دهیماچوریا سبب کیږي ۳- زړه ته دمایوکارد انفارکشن لامل کیږي ۴- کولموته دکولمو دانفارکشن لامل کیږي ۵- دتوري انفارکشن ۶- دنهایاتو دګانګرین لامل کیږي .

دښئي زړه اندوکاردایتس دسږو دامبولیزم سبب کیږي .

داندوکاردایتس دناروغ معاینه :

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- لاسونه : د Clubbing ,splinter Hemorrhage ,Osler'sNode,Janway Lesionsلپاره معاينه شي .

۲- سترګي: Roth's Spot in fundus , conjunctival petechiaلپاره معاينه شي .

۳- خوله: دخولي دحرارت درجه اندازه شي.

۴- پريکارديوم : دزړه دولادي يادسامي ناروغيو لپاره ، دزړه عدم کفايي او دپخواني جراحي عملياتولپاره معاينه شي.

۵- سږي د کريپيتيشن لپاره چي دزړه عدم کفايه کي وي .

۶- ګيډه دتوري لويوالي لپاره

۷- سفلي اطراف د امبولي

۸- دتشومتيازو معاينه : دهيماچوريا او پروتين يوريا لپاره معاينه شي .

۹- دموضعي انتان لپاره معاينه شي.

تشخيص:

الف- دويني کلچر :

۱- دويني کلچر مهم معاينه ده .

۲- مخکي دانتي بيوتيک دپيل څخه ددري مختلفو ځايونو څخه د۲۴ساعتو په موده کي دويني کلچر لپاره وينه واخيستل شي .په ۹۵٪کي کلچر مثبت وي او ۵٪کي منفي وي .

۳- دکلچر دمنفي والي اسباب ـ ۱- مخکي دکلچر څخه انتي بيوتيک پيل شوي وي – ۲- فنګسي انتانات ۳- هغه ارګانيزمونه چي خاص ميډيا ته اړتيا لري لکه legionella انتانات.۴- ورونشونما کونکي انتان لکه بروسيلا او ان ايروبيک انتانات.

ددي ستونزي دحل لپاره کله چي انتي بيوتيک پيل شوي وي دوا بايد قطع شي ۳-۲ ورځي معطل شي وروسته کلچر تر سره شي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

ب- دويني نورمعاينات :

۱- انيميا – نارموکروميک نارموسايتيک انيميا .

۲- C-Reactive protein and ESR لوړ وي .

۳- دويني سپين حجرات په حاد حالت کي لوړ او په تحت الحاد حالت کي نورمال وي .

۴- ترومبوسايتوپينيا ممکن موجود وي خو نادراً وي .

ج- ايکوکاردیوګرافي – په ايکو کي لاندي پتالوژي تثبيتيږي .

۱- Vegetation ۲- Valve damage ۳- Abscess formation

حساس ايکو (Trans Esophageal Echocardiography (TEE دي چې ۹۵-۸۵٪ تشخيص وضع کوي او که ويجيتيشن د ۱-۱.۵ملیمتروڅخه کوچني هم وي تثبيتيږي .

د- ECG: په دي کي دزړه انفارکشن او دانتقالي سيستم تشوشات معلوميږي (دابسي له کبله).

ذ- CXR: دسيني په راديوګرافي کي دسږو امبوليزم اودزړه عدم کفايه ښکاري .

ر- دتشو متيازو معاينه : پروتين يوريا او هيماچوريا په کي معلوميږي .

ز- سيرالوژيک تستونه : C3-4 کم وي . RA 50% فکتور مثبت وي . ۲۰٪ کي Anti Nuclear Antibody (ANA)مثبت وي .

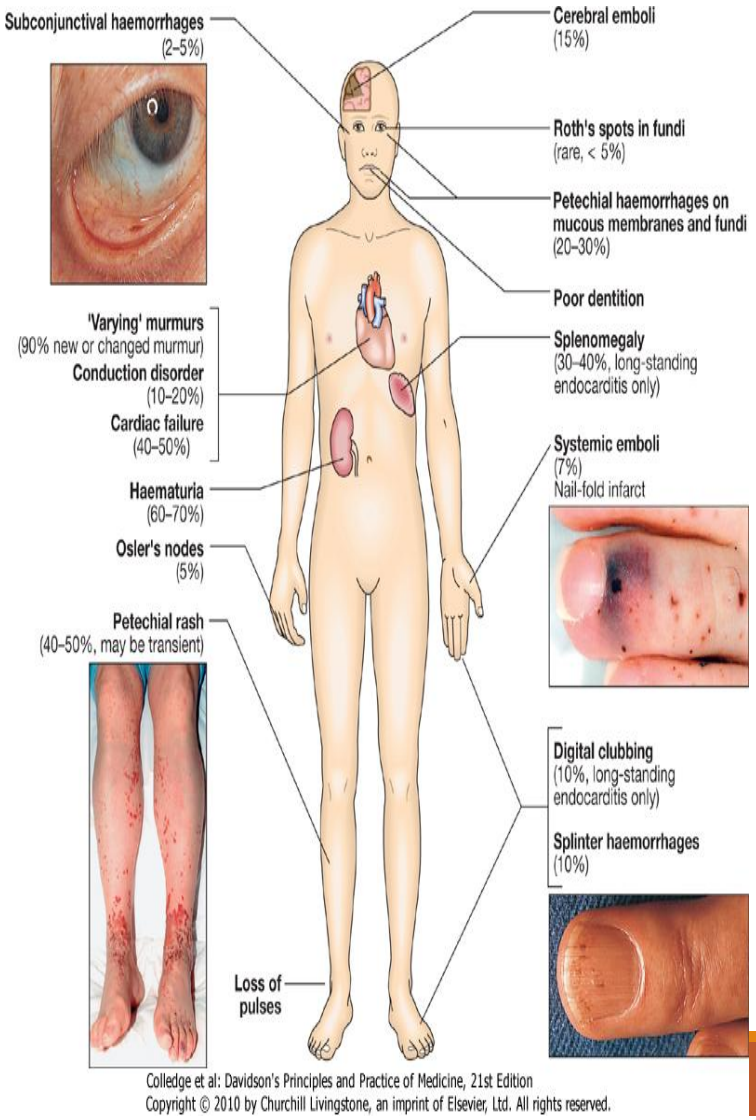
تشخيص :

په اندوکاردايتس تشخيص هغه وخت وضع کيږي چې لاندي حالات موجود وي .

۱- دزړه مساعدونکي افات ۲- بکتريميا ۳- دامبولي شواهد ۴- فعال اندو کاردیل حالت .

داندوکاردايتس تشخيص د MODIFIED DUKE’S CRITERIA په واسطه کيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library



Colledge et al: Davidson's Principles and Practice of Medicine, 21st Edition
Copyright © 2010 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier, Ltd. All rights reserved.

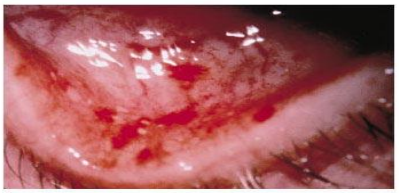
Sub-acute Endocarditis

- Úf ùJ wdw
- ▲Ý÷ W» W ädfæ
- ▲ÝxïWWwx ▲xxxí W
- ▶cX
- ùA ñx» ùr~x
- Ý| fæ äÝÓW
- ÑäÝÓWXXâ§▶±ãÓ

(c) ketabton.com: The Digital Library



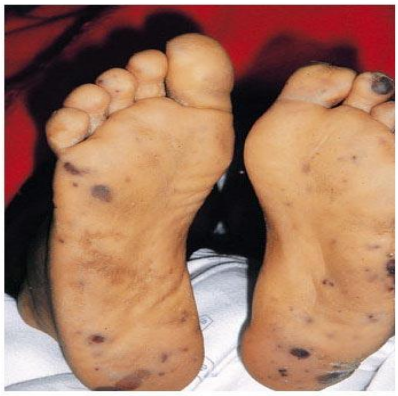
A



B



C

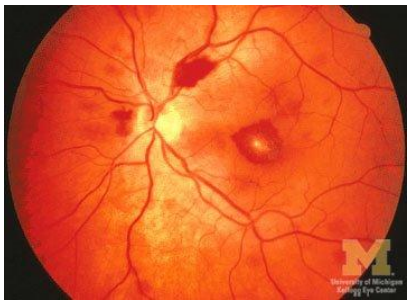


D

Oslers' nodes

Janeway lesions
Nontender erythematous, haemorrhagic, or pustular lesions often on palms or soles.









(c) ketabton.com: The Digital Library

Modified Dukes Criteria

لوي نښي Major Criteria:

الف- Positive blood culture

i. Typical organism from two cultures
ii. Persistent positive blood cultures taken > 12 hours apart
iii. Three or more positive cultures taken over more than 1 hour.

ب- Endocardial involvement :داندوکارد اخته کيدل

i. Positive echocardiographic findings of vegetations
ii. New valvular regurgitation

کوچني نښي Minor Criteria:

i. Predisposition: Predisposing valvular or cardiac abnormality
ii. Intravenous drug misuse
iii. Pyrexia ≥38°C (≥100.4°F)
iv. Embolic phenomenon
v. Vasculitic/ immunologic phenomenon
vi. Blood cultures suggestive: -organism grown but not achieving major criteria
vii. Suggestive echocardiographic findings

Duke Criteria

الف- مشخص تشخيص Definite: ۱- دوه لوي نښي ۲- يولوي او دري يا پنځه کوچني نښي ۳- پتالوژيک او هستولوژيک نښي موجود وي .

ب- احتمالي تشخيص (Possible): ۱- يولوي او يويادري کوچني نښي وي .

ج- د تشخيص ردېدل (Rejected) : ۱- بل تشخيص کيښودل شي ۲- که د ۴ ورځو يا کمه موده کي داندکاردايټس کلينيکي لوحه دانتي بيوتيک درمل سره بدله شي .

تفريقي تشخيص :

(c) ketabton.com: The Digital Library

دټولو هغه ناروغيو سره چي ددوامداري تبي لامل کيږي لکه (نيوپلاستيک ناروغي ،کولاجن ناروغي ،او نورانتانات). دتفريقي تشخيص لپاره دويني کلچر ،دسيني راديوګرافي ،دلمفاوي عقداتو بايوپسي ،دهډوکو دمغز بذل ،انجيوګرافي ،ايکوکارديوګرافي ، دپښتورګو بايوپسي او انتي نيوکلر انتي بادي معاينات تر سره شي .

اختلاطات:

الف: دزړه اختلاطات :

دزړه عدم کفايه ۲- ددسامونو دتخريب له کبله ددسامونوعدم کفايه ۳- ددسامونو ستينوزس ۴- دمايوکارديوم ابسي دانتقالي تشوشاتو او دپيريکارديوم ابسي د تقحيي پيريکارډايټس لامل کيږي .۵- داکليلي اوعيو امبوليزم ۶- دپروستاتيک دسام بيليدل .

ب: دزړه څخه دباندي اختلاطات :

۱- سيستميک امبولي (دستروک ،دګردو انفارکشن ،دتوري انفارکشن او يا د اطرافو داسکيميا لامل کيږي).۲- منتن امبولي دبدن په بله برخه کي دابسي سبب کيږي ۳- دښئي زړه اندو کاردايټس دسږو دانفارکشن اوابسي لامل کيږي .۴- مايکوتيک انوريزم ۵- اميون کمپلکس ګلوميرولونفريټس .

وقايوي درملنه:

High risk category: A

1. prosthetic cardiac valves
2. Previous bacterial endocarditis
3. Complex cyanotic congenital heart disease(TOF)
4. Surgically constructed systemic pulmonary shunts.

B.Moderate risk category:

1. Rheumatic and other valvular dysfunction
2. Congenital cardiac malformations
3. Hypertrophic cardiomyopathy
4. Mitral valve 167rolapsed with valvular regurgitation

(c) ketabton.com: The Digital Library

5. Regimen for prophylaxis

Standard oral regime:

1. Inability to take oral medication Amoxicillin 2 g 1hr before procedure
2. Ampicillin 2g IV or IM 1hr before procedure

Penicillin allergy

1. Clindamycin 600 mg
2. Clarithromycin 500 mg
3. Cephalexin 2 g.

درملنه :

۱- داندوکارډايټس د درملني لپاره دا اړينه ده مشخص انتان وپيژندل شي او حساس انتي بيوتيک ورته توصيه شي .وسيع الساحه انتي مايکروبيال درمل ژرتر ژره پيل شي .بکتريوسيدال دوا شروع شي.

۲- تبه د ۵-۷ ورځو په موده کي ښه کيږي .

۳- که تبه ښه نه شو د ناروغي اختلاطاتو ته (paravalvular abscess، extracardiac abscess.) ته فکر کيږي .۴- سيرولوژيک معاينات وروورو ښه کيږي .۵- دناروغي بابيږي ۲-۱مياشتي وروسته پيداکيږي .

دانتاني اندوکارډايټس لپاره دانتي بيوتيکونورژيمونه :

A-Streptococci:

1. Benzyl penicillin (1.2g 4 hourly) 4-6 weeks
2. Gentamicin (1mg/kg 8-12 hourly) 4-6 weeks

B.Enterococci

Ampicillin sensitive

1. Ampicillin (2 g 4 hourly) 4-6 weeks, and
2. Gentamicin (1mg/kg 8-12 hourly)

(c) ketabton.com: The Digital Library

Ampicillin resistant

1. Vancomycin(1g 12hourly) 4-6 weeks, and
2. Gentamicin (1mg/kg 8-12 hourly)

C.Staphycocci

Penicillin sensitive

1. Benzyl penicillin I.V(1.2 g 4 hourly)
2. Penicillin resistant but methicillin sensitive
3. Flucloxacillin I.V (2g 4 hourly)
4. Both penicillin and methicillin resistant
5. Vancomycin I.V (1g 12 hourly) and Gentamicin

دجراحي تداوي استطبابات:

a. patients with direct extension of infection to myocardial structuires.
2. Prosthetic valve dysfunction.
3. Congestive heart failure.
4. Badly damaged valves.
5. IE caused by fungi or gram-ve or resistant organisms.
6. Large vegetations on echocardiography
7. Recurrent embolic attacks.

دانتي کواګولانت رول :

انتي کواګولانت نه ورکول کيږي ځکه چي دنزف خطر زياتوي ،که ناروغ پروستيتيک وال ولري وروسته داندوکاردايتس دښه کيدو څخه ناروغ ته بيرته لکه مخکي د اندوکاردايتس داخته کيدوپشان پيل کيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

ریفیرینسونه

۱ـ نشاط محمد طیب دتنفسی سیستم اد دزړه روماتیزمل ناروغی .ننګرهار پوهنتون طب پوهنځی .

2- http://heart.bmj.com/ on May 2, 2016 - Published by group.bmj.com COMBINED MITRAL AND AORTIC STENOSIS 607 APEX &M. Maryland, U.S.A. Received April 16, 1962

3- Kasper ,Denni L.Hauser,Stephen L . Harrison's principle internal medicine 19th edition. USA: Mc Graw Hill; 2015 P:1450,1650

4- GOLD MAN lee, Ausielleo De NNIS. Cecil medicine 23rd edition. Philadelphia: saunder's 2012 P:350,550

5- *japi.org/august2007/U-575.pdf by S Bhandari - 2007 - Cited by 16 - Related articles*

*have combined MS and mitral regurgitation (MR).6-8. Congenital malformation of .....**Combined mitral stenosis and aortic regurgitation**. When both AR and MS ...*

6-^ *Jump up to:**a b c d e f g h i j k** Albert, RH (1 December 2010). "Diagnosis and treatment of acute bronchitis.". American family hysician **82** (11): 1345–50. PMID 21121518*

7-Kumar Prveen. Clinical medicine 7th edition: ELEVIER UK: saunder, 2009 P: 700,830

8- Mec PHEE STEPHEN NJ Maxin A PAPADAKIS Current medical diagnosis and treatment FIFTHY FIFTH EDITION .New Yark :MC Graw Hill 2016.pp-242-350

9-Wallker ,Brain R .Colledge,Nicki R . Davidson's Principle of internal medicine 22th edition UK: Edinburgh;2014 P663,525

(c) ketabton.com: The Digital Library

Get more e-books from www.ketabton.com
Ketabton.com: The Digital Library